

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• Oktober 2016

10 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Kinderkrankenpflege^x

Kindesmisshandlung
Die Anzeichen erkennen

Schmerzmanagement bei Kindern
Erfassung und Behandlung

Basale Stimulation bei Frühgeborenen
Wie Berührung die Reifung fördert

HydroTherapy

Was wäre, wenn...
wir die Wundheilung
beschleunigen könnten?

NEU!

HydroTac®

Der hydroaktive Schaumverband
HydroTac® beschleunigt den
epithelialen Wundverschluss.^[2]
So ergänzt diese Innovation ideal
die reinigende Wirkung von
HydroClean® plus.

- Schneller epithelialer Wundverschluss
- Sicherer und schmerzärmer Verbandwechsel
- Feuchtigkeitsspendend
- Optimale Absorption

www.hydro-therapy.de

HydroTherapy
Wirksam. Und Einfach.^[1]



Nur das Beste für Ihr Kind ...

MARIA MOSKALEVA

... dieser Spruch gehört zu einer der wichtigsten Marketing-Strategien unserer Zeit – der Optimierung. Höher, schneller, weiter – das sind die alten Prinzipien des Wettkampfs. Der moderne Mehrkampf der Arbeitswelt misst sich anders: flexibler, belastbarer, innovativer. Irgendwann im Laufe ihrer Schulbahn und der Karriere fangen viele damit an, ihren Lebenslauf zu optimieren. Einem Computerspiel gleich gilt es Erfahrungspunkte zu sammeln und in das nächste Level aufzusteigen. Sprachkurs hier, ein Praktikum da – eine Fortbildung jagt die nächste.

Ist man erst von dem Ehrgeiz gepackt, ein möglichst hohes Level in diesem Spiel zu erreichen, macht die Lebenslauf-Politik auch vor den eigenen Kindern nicht halt. Viele junge Eltern jagen ihre Sprösslinge von einem Frühförderangebot zu dem nächsten. Ballett, Tennis, Malen, Geometrie, Englisch und Mandarin-Chinesisch. Inzwischen hat sich eine ganze Industrie um den Optimierungsdrang der Eltern aufgebaut. Bis zur ersten Schulstunde kann so die Förderung bereits tausende Euro verschlingen.

Ein wichtiger Punkt bei der Optimierung ist auch immer die Ernährung. Auf der Fachtagung für Kinder- und Jugendmedizin in Hamburg im September sprachen die Experten vom regelrechten „Diäten-Hype“. Wenn Kinder über Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden klagen, wird von Eltern oft eine Lebensmittelunverträglichkeit angenommen. Unnötig und ohne eine gesicherte Diagnose wird dann aufs Geratewohl auf Milch oder Weizen verzichtet und der Kuchen auf dem Kindergeburtstag weggelassen.

Glücklich macht das die Kinder leider nicht. Laut einer UNICEF-Studie aus dem Jahr 2013 liegt Deutschland auf Platz sechs der Industrienationen, wenn man die objektiven Faktoren wie Armut, Gesundheit oder Bildung betrachtet. Bei der Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit von Mädchen und Jungen fällt Deutschland aber ab: Platz 22 von 29 untersuchten Ländern.

Was aber tun, wenn das Kind sich nicht entsprechend der Check-Liste optimieren lässt? Besonders hart trifft es die Eltern, wenn das langersehnte Kind

mit einer Behinderung zur Welt kommt? In diesem Fall muss die gesamte Familie oft ihre Pläne zugunsten des Pflegebedürftigen Kindes ändern. Oft bleibt kaum Zeit für Freizeitaktivitäten und soziale Kontakte. Auch die Bedürfnisse der gesunden Geschwister bleiben oft auf der Strecke. Christa Büker, fasst ab Seite 594 zusammen, welche besondere Unterstützung solche Familien benötigen.

Auch ein Frühgeborenes stellt eine besondere Herausforderung für die Familie dar. Meist sind diese Kinder nicht per se krank, sondern unreif. Vor allem das Nervensystem ist meist noch unterentwickelt – das Kind ist mit der Verarbeitung der Reizflut aus seiner Umwelt schlicht überfordert. Wie Basale Stimulation versucht, die Erfahrungen im Mutterleib zu simulieren und so den Reifeprozess zu unterstützen, beschreibt Heike Baumeister auf der Seite 590

Noch vor wenigen Jahrzehnten ist man davon ausgegangen, dass Neugeborene und vor allem Frühchen aufgrund ihres unreifen Nervensystems Schmerzen kaum wahrnehmen können. Diese Vorstellung ist nun weit überholt, dennoch ist die Objektivierung von Schmerzen bei Säuglingen schwierig. Wenn selbst schon Erwachsene Schwierigkeiten haben können, die Art und die Intensität ihrer Schmerzen zu beschreiben, wie soll das bei präverbalen Kindern funktionieren? Bernadette Bächle-Helde stellt ab Seite 582 verschiedene Instrumente vor, mit welchen man die Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen erfassen kann.

Dass Kinder nicht einfach kleine Erwachsene sind, hat die Medizin schon vor langer Zeit erkannt. Daher war die Ausbildung für Kranken- und für Kinderkrankenpflege lange getrennt. Im Zuge der politischen Reformen sollen die verschiedenen Disziplinen aber nun mehr und mehr verschmolzen werden. Verena Bikas, Monika Otte und Anne Schäfer diskutieren auf Seiten 567, 571 und 574

Eine spannende Lektüre wünscht Ihnen
Ihre
Dr. Maria Moskaleva



Telegramm

Berlin/Hamburg (dpa) – Trotz der steigenden Zahl Pflegebedürftiger in den kommenden Jahren gehen die Erlöse von Pflegeheimbetreibern nach einer Marktuntersuchung eher zurück. „Wir sehen im Markt derzeit Betriebsergebnisse mit einer Marge von durchschnittlich 2,6 Prozent vom Umsatz und erwarten bis 2017 einen Rückgang auf 2,3 Prozent“, prognostizierte Thomas Miller, Gesundheitsexperte der HSH-Nordbank. Bei diesen Gewinnmargen sei es nicht mehr selbstverständlich, dass die Kosten verdient werden könnten, selbst bei aktuell niedrigen Zinsen.

Die Bank führt diese derzeit kaum verrückbare Erlösgrenze auf das Regelwerk der Pflege- und Krankenversicherung zurück. Zugleich stiegen Kosten durch Personalknappheit, neue Baustandards und die gestiegenen Ansprüche der Pflegebedürftigen. Vor zehn Jahren galten den Angaben zufolge Doppelzimmer und ein Bad für vier Heimbewohner als Norm, künftig werde ein Einzelzimmer mit eigenem Bad erwartet.

Pflege in Deutschland ist dieser Untersuchung zufolge kleinteilig: 2015 vereinigten die zehn größten Anbieter 12 Prozent des Marktanteils auf sich. Aktuell gebe es in Deutschland 13 030 Pflegeheime mit durchschnittlich 63 Bewohnern.

VORSCHAU 11/2016

Schwerpunkt:
Am Lebensende

Sterben in Würde
Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende

Demenz im Krankenhaus
Spezielle internistische Station

Zertifikat PallExcellence
Hospiz- und Palliativversorgung

**PFLEGE
ZEITSCHRIFT**

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Dr. Maria Moskaleva
Tel.: 07 11/78 63-72 38
maria.moskaleva@kohlhammer.de

Manon Krüger
Tel.: 07 11/78 63-72 21
manon.krueger@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen (V.i.S.d.P.)
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

medproduction GmbH, Köln
Redaktion & Projektmanagement:
Sabina Filipovic, Nicole Lücke, Veronika Toth,
Dr. Martin Waitz

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Prof. Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Prof. Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräske, Bremen
Dr. Elisabeth Holoch, Stuttgart
Dr. Sascha Köpke, Lübeck
Prof. Christa Lohrmann, Graz
Prof. Rüdiger Ostermann, Münster
Prof. Bernd Reuschenbach, München
Prof. Friederike Störkel, Münster
Dr. Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.kohlhammer-pflege.de abgerufen oder per Email angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.kohlhammer-pflege.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



PRO & CONTRA

567 **Grundständige Pflegeausbildung**
Der einzige Weg der Pflege in Richtung Zukunft
VERENA BIKAS

571 **Der Bedarf der Kinderkrankenpflege wird missachtet**
Das Pflegeberufereformgesetz
MONIKA OTTE

RECHT

574 **EU-Vergleich**
Das Pflegeberufereformgesetz: Rückschritt oder Fortschritt der Pflege?
ANNE SCHÄFER

PFLEGEPRAXIS

577 **Kindesmisshandlung: Epidemiologie, Erkennen und Handeln**
Rolle der Pflegekräfte
JÖRG M. FEGERT, ULRIKE HOFFMANN & ANNA MAIER

582 **Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen**
Herausforderung für die Kinderkrankenpflege
BERNADETTE BÄCHLE-HELDE

587 **Erfahrungen zweier Klinikclowns**
Humor in der Pflege
MARTINA SPRÖHNLE & TANJA LANDES

590 **Basale Stimulation für den Reifeprozess**
Pflege von Frühgeborenen
HEIKE BAUMEISTER

594 **Familien mit einem pflegebedürftigen Kind**
Großer Bedarf an Unterstützung
CHRISTA BÜKER

597 **Tatort Gehirn: Aggressive Kinder und Jugendliche**
Spezielle Anforderungen in der Kinderklinik
BENJAMIN RICHTER

601 **Co-Therapeut Hund**
Unterstützung in der Kinderkrankenpflege
LEONA STEVEN

610 **Doppelrolle der Angehörigen beim Delir**
Unterstützer und Co-Betroffene
SONJA SCHEICHENBERGER & ANGELIKA EBERT-BIRNBAUMER

614 **Informieren, beraten und anleiten**
Aufgabe der Pflege
ELISABETH HÖWLER

CAMPUS

606 **Dokumentation von Recherchen**
Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche
MELANIE MESSER

PFLEGEMANAGEMENT

618 **Akademische Pflegekräfte**
Organisationsmodelle im Krankenhaus
PETER STRATMEYER

623 **Ein Leben lang im Krankenhaus arbeiten – geht das?**
Pflegernotstand
JOACHIM HASEBROOK & KLAUS HAHNENKAMP



Foto: Ilya Andriyanov/Fotolia

577 Kindesmisshandlung

Statistisch gesehen ist jedes zehnte Kind in westlichen Ländern Opfer von Kindesmisshandlung. Pflegekräfte, die oft sehr intensiven Kontakt zu den jungen Patienten haben, müssen in der Lage sein, die Anzeichen der Misshandlung und typische Verletzungen zu erkennen.



Foto: Peter Zurek - Big Original/Fotolia

587 Clowns in der Klinik und im Hospiz

Freude im Krankenhaus oder im Hospiz erscheint fremdartig, fast makaber. In dem Artikel berichten Martina Spröhnle und Tanja Landes, Klinik-Clowns, von der Leichtigkeit, die übrig bleibt, wenn der Humor die Sorgen – wenn auch nur für kurze Zeit – fortträgt.



Foto: Tobilander/Fotolia

590 Basale Stimulation bei Frühgeborenen

Frühgeborene sind in der Regel nicht krank, sondern unreif. Gerade das Gehirn entwickelt sich in den letzten Schwangerschaftswochen besonders stark. Wie durch basale Stimulation diese Entwicklung außerhalb des Mutterleibs unterstützt werden kann, lesen Sie hier.

- 561 Editorial
- 562 Impressum
- 564 Kurzberichte
- 609 Buchtipps
- 608 ImPuls der Wissenschaft
- 627 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema

Titelbild: Photographee.eu/Fotolia

Warum werden im süditalienischen Cilento die Menschen so alt? Hundertjährigen-Hotspots: bestimmte Regionen sind Langlebigkeitszentren

Hennigsdorf – Lange haben Wissenschaftler nach genetischen, Ernährungs- und Umweltfaktoren gefahndet, die die Lebensspanne verlängern, darunter Fasten- und Diättage, Sport oder die mediterrane Küche. Jetzt melden italienische Forscher der Universität La Sapienza in Rom einen Fortschritt. Sie haben einen körpereigenen Faktor gefunden, der signifikant zu einem überdurchschnittlich langen Leben beiträgt. In einer Pilotstudie an einigen der ältesten Menschen der Welt entdeckten sie, dass die Durchblutung von Muskeln und Organen der Alten so gut war wie bei gesunden Menschen, die 30 Jahre jünger waren. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass niedrige Blutspiegel des körpereigenen Hormons Adrenomedullin (bio-ADM) diese gute Mikrozirkulation anzeigen. Mit einem

Biomarker, der Langlebigkeit anzeigt, rückt die systematische Identifikation von Erb- und Umweltfaktoren, die die Lebensspanne verlängern oder verkürzen, erstmals in greifbare Nähe.

Professor Salvatore Di Somma und sein Team führten bei zwei Personengruppen, die aus der Cilento-Region stammen, einen umfassenden Gesundheits-Check-up durch und erfragten die genauen Lebensumstände. In Cilento, 150 km südlich von Neapel, leben überdurchschnittlich viele Hochbetagte. Die erste Gruppe bestand aus 29 sehr alten Menschen (Durchschnittsalter 92 Jahre), die zweite aus 52 Verwandten (Durchschnittsalter 60 Jahre), die mit ihnen im selben Haushalt wohnten. Da sie ähnliche Gene mitbringen und den gleichen Lebensbedingungen ausgesetzt sind, war die Erwartung

der Wissenschaftler, dass auch sie ein langes Leben vor sich haben.

„Sehr niedrige Konzentrationen des körpereigenen Hormons bio-ADM zeigen eine sehr gute Durchblutung der Organe und Muskeln an“, erklärt Professor Di Somma. Eine gute Mikrozirkulation trägt bei Marathonläufern entscheidend zu deren besonderer Leistungsfähigkeit bei: Bei gleicher Herzfrequenz werden die Organe besser mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt und Stoffwechselschlacken schneller abtransportiert als bei untrainierten Personen.

„Die Verbindung zwischen niedrigen bio-ADM-Spiegeln und einer guten Mikrozirkulation als Indikator einer guten Lebensqualität ist eine sehr wichtige Entdeckung“, Andreas Bergmann, der den bio-ADM-Test entwickelt hat. „Wenn bio-ADM sich als zuverlässiger Indikator für ein langes Leben erweist, eröffnet dies erstmals die Möglichkeit einer systematischen Untersuchung der Faktoren, die zu einem langen Leben beitragen.“

Die Wissenschaftler planen, die Studie auf 2.000 Teilnehmer aus der Cilento-Region auszudehnen. Ein Hauptziel dabei ist es, zu untersuchen, ob bestimmte Bestandteile der lokalen mediterranen Küche den bio-ADM-Blutspiegel senken. Die traditionelle Cilento-Küche nutzt unter anderem frische Wildkräuter und regional angebaute Pflanzen, denen ein gesundheitsfördernder Effekt nachgesagt wird. (ots)



Foto: Oliver Ziehe

Veranstigungsankündigung Ambulante Pflege Innovationen für die Praxis

Das Institut für Wissenschaftliche Weiterbildung (IWW) der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar lädt ein zu der Tagung „Ambulante Pflege, Innovationen für die Praxis“ unter der Leitung von Prof. Dr. Hermann Brandenburg.

Zentrales Thema der Veranstaltung ist die ambulante Pflege vor dem Hintergrund von Anspruch und Wirklichkeit. Es geht einerseits um das, was unter den heutigen Bedingungen bei der häuslichen Unterstützung längerfristig hilfe- bzw. pflegebedürftiger Menschen

geschieht bzw. geschehen kann. Andererseits wird in kritisch analytischer Perspektive beleuchtet, wie sich das zu den normativen Erwartungen und Versprechungen verhält, die hierzulande den öffentlichen und fachwissenschaftlichen Diskurs prägen. Ziel ist es, Perspektiven abzuleiten, insbesondere für die Akteure, die ambulante Hilfen organisieren und managen müssen.

Angesprochen sind vorrangig Verantwortungsträger in ambulanter Versorgung aber auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie in Verwaltung (Mi-

nisterien, Kommunen), z.B. Pflegewissenschaftler, Mediziner, Sozialarbeiter, die sich für die ambulante Versorgung interessieren, akademische Dienstleister, Alumni der PTHV und Studierende.

Die Tagung findet am **19. und 20. Oktober** in Vallendar statt. Die Anmeldung ist noch bis zum 10. Oktober möglich unter www.pthv.de/institute/iww/anmeldung/

Studie: Miese Stimmung im Unternehmen gefährdet die Gesundheit

Berlin – Leistung ohne Lob, Druck statt Motivation – schlechte Behandlung durch den Chef ist nicht nur unangenehm. Eine neue Studie zeigt: Es drohen auch ernste gesundheitliche Risiken.

Mit schlechter Unternehmenskultur gefährden Arbeitgeber laut der AOK die Gesundheit der Beschäftigten. Mitarbeiter, die in ihrem Betrieb eine schlechte Stimmung erleben, sind deutlich unzufriedener mit ihrer eigenen Gesundheit und leiden häufiger unter körperlichen und psychischen Beschwerden, wie aus einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hervorgeht, die in Berlin vorgestellt wurde.

Als wichtig für eine gute Unternehmenskultur sehen die Beschäftigten unter anderem die Unterstützung durch die Chefs und einen guten Führungsstil an. Insgesamt erleben nur 55 Prozent der Mitarbeiter, dass der Arbeitgeber hinter ihnen steht. Lediglich die Hälfte der Beschäftigten wird der Umfrage zufolge für gute Arbeit gelobt. Von eigenem Einfluss auf wichtige Entscheidungen berichten zwei von fünf Mitarbeitern.

Jeder Vierte, der seine Unternehmenskultur als schlecht bewertet, ist auch mit der eigenen Gesundheit unzufrieden. Bei den Befragten, die ihr Unternehmen positiv sehen, ist es nur etwa jeder Zehnte. Eine vom Beschäftigten als schlecht



Respektloser Umgang mit den Mitarbeitern sorgt nicht nur für schlechte Stimmung im Unternehmen, sondern auch für mehr Krankheitsausfälle.

erlebte Unternehmenskultur könne als gesundheitliches Risiko identifiziert werden, sagte der Vize-Geschäftsführer des WiDO, Helmut Schröder.

Ist die Stimmung im Unternehmen mies, berichten 67 Prozent der Befragten über körperliche Beschwerden. Bei positiv erlebter Unternehmenskultur sind es 32 Prozent. Über psychische Beschwerden klagten 65 Prozent der Mitarbeiter in Firmen mit schlecht erlebter Kultur – bei den Firmen mit guter Stimmung sind es nur 36 Prozent.

Bei einer schlecht bewerteten Unternehmenskultur hat laut AOK nahezu

jeder dritte Beschäftigte im vergangenen Jahr mehr als zwei Wochen im Betrieb gefehlt. Bei einer positiv erlebten Unternehmenskultur war es nur etwa jeder Sechste.

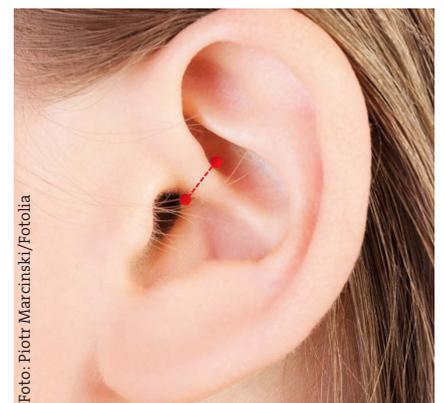
Unabhängig von dieser Befragung zur Unternehmenskultur zeigt der AOK-Fehlzeiten-Report einen leichten Anstieg des Krankenstands der knapp zwölf Millionen AOK-Versicherten im Jahr 2015. Jeder Beschäftigte fehlte im Schnitt 19,5 Tage mit Attest im Betrieb. Demnach sind Atemwegserkrankungen für die geringfügige Zunahme der Fehlzeiten im vergangenen Jahr verantwortlich. (dpa)

Die DMKG warnt: Piercing ist nicht zur Therapie der Migräne geeignet!

Wenn man im Internet oder bei Facebook nach alternativen Methoden zur Behandlung der Migräne sucht, so findet man neuerdings tausende von Links, die Piercing als Therapie der Migräne („Daith-Piercing“) empfehlen. Auch bei Clusterkopfschmerzen werden Behandlungserfolge berichtet. Das Piercing wird im Bereich des Ohrknorpels an einem der Akupunkturpunkte, die zur Migränebehandlung genutzt werden, gesetzt. Das Verfahren beruht auf keiner nachvollziehbaren pathophysiologischen Grundlage. Zwar kündigung Protagonisten eine klinische Studie an, die in Zusammenarbeit mit einem Arzt durchgeführt werden soll. Bislang wurden jedoch keine Studien in einer Studiendatenbank registriert oder zu diesem Thema publiziert.

Piercings gehen mit gesundheitlichen Risiken einher: Insbesondere im Bereich des Ohrknorpels ist das Risiko einer verzögerten Wundheilung oder einer nachfolgenden Infektion im Vergleich zu Piercings an gut durchblutetem Gewebe deutlich höher. Es gibt bislang keinen wissenschaftlichen Beleg für die Empfehlung, dass Ohrpiercing als neues Therapieverfahren einzusetzen. Dagegen sind zahlreiche Fälle publiziert, in denen es zur Entzündung des Ohrknorpels mit nachfolgend kosmetisch unschöner Verformung der Ohrmuschel kam.

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft rät daher Migräne- und Clusterpatienten von Ohrpiercings zur Behandlung dringend ab und empfiehlt eine an den Leitlinienempfehlungen der Fachgesellschaft orientierte



Das sogenannte Daith-Piercing wird durch den Ohr-Knorpel gestochen und heilt zum Teil nur sehr langsam ab.

nichtmedikamentöse und medikamentöse vorbeugende Behandlung der Migräne durch einen Arzt. (DMKG)

Körperliche und emotionale Erschöpfung Zwei Drittel der Pflegenden in Deutschland stark belastet

Dortmund – Mehr als zwei Drittel aller Menschen, die in Deutschland einen Mitmenschen pflegen oder betreuen, fühlen sich durch die Aufgabe stark belastet. Die häufigsten negativen Auswirkungen sind dabei: körperliche und emotionale Erschöpfung sowie die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Dies sind Ergebnisse der Continentale-Studie 2016. Für diese wurden bundesweit 1.000 Menschen befragt, die eine andere Person privat pflegen oder betreuen.

Belastung steigt mit Pflegestufe

Im Detail fühlen sich 23 Prozent sehr stark belastet, 48 Prozent stark. Unter den Befragten, die sich um eine Person mit der Pflegestufe 3 kümmern, sind sogar 36 Prozent sehr stark belastet. Gar keine Belastung empfinden nur 5 Prozent aller Befragten. Nur 31 Prozent der Pflegenden sagen, sie würden ihrer Aufgabe auf jeden Fall gerecht.

Dies alles hat viele negative Folgen: 63 Prozent der Befragten fühlen sich körperlich erschöpft, 62 Prozent emotional und seelisch. 60 Prozent der Pflegenden sagen, sie würden ihre persönlichen Bedürfnisse vernachlässigen. 43 Prozent fühlen sich bei der medizinischen Versorgung überfordert. Rund ein Drittel berichtet von negativen Auswirkungen auf den Beruf und von finanziellen Nachteilen.

Pflege sorgt auch für Zufriedenheit

Die Pflege eines anderen Menschen hat aber auch positive Auswirkungen. So sagen rund drei Viertel, die Pflege gebe ihnen die Möglichkeit, einer Person etwas zurückzugeben, die selbst schon viel für sie getan habe. Ebenfalls drei Viertel ziehen aus der Aufgabe positive Energie und Zufriedenheit. 63 Prozent freuen sich über die Unterstützung durch Partner, Familie oder Freunde.

In die Zukunft blicken viele Pflegenden mit Sorgen. Die größte Sorge ist, dass sich der Zustand der gepflegten Person verschlechtert. Jeweils rund 60 Prozent befürchten auch, die Pflege in Zukunft körperlich oder emotional nicht mehr bewältigen zu können. Die Hälfte hat

Individuelles Belastungsempfinden

Wie belastet fühlen Sie sich durch die Pflege oder Betreuung?



Angst davor, Pflege und Beruf nicht mehr in Einklang bringen zu können.

Gepflegt wird auch aus finanziellen Gründen

Die Gründe, warum Menschen pflegen, sind sehr vielfältig. 91 Prozent sagen, sie pflegen aus Liebe, 85 Prozent aus Pflichtgefühl. 64 Prozent sagen aber auch, ein Pflegeheim sei zu teuer und 58 Prozent nennen als Grund eine regelmäßige Geldleistung, zum Beispiel aus der Rente des Gepflegten.

Fragt man die Pflegenden, wie man sie entlasten könnte, nennen 53 Prozent mehr praktische, tätige Hilfe und 38 Prozent mehr emotionalen Beistand. 37 Prozent wünschen sich eine bessere finanzielle Unterstützung.

Pflegezusatzversicherung entlastet

„Einen anderen Menschen privat zu pflegen, verdient Bewunderung. Wir sehen deutlich, wie sehr diese Menschen belastet sind. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist im besten Falle eine Teilkaskoversicherung, die zum Beispiel bei stationärer Pflege höchstens die Hälfte der Kosten deckt. Wir raten dringend zum Abschluss einer privaten Pflege-

zusatzversicherung, denn eines sehen wir in unserer Befragung: Eine bessere finanzielle Situation entlastet die Pflegenden nachhaltig“, so Dr. Marcus Kremer, Vorstand der Continentale Krankenversicherung.

80 Prozent mit Pflegestufe

80 Prozent der Personen, die von den Befragten gepflegt oder betreut werden, haben eine Pflegestufe. Dabei pflegen 55 Prozent die Eltern oder Schwiegereltern und 14 Prozent den Partner. 38 Prozent werden bei ihrer Tätigkeit durch einen Pflegedienst unterstützt, während 27 Prozent völlig allein pflegen. 60 Prozent der Befragten sind Frauen. Die Continentale-Studie erscheint jährlich und kann kostenlos unter www.continentale.de/studien abgerufen werden. (ots)

› Grundständige Pflegeausbildung

Der einzige Weg der Pflege in Richtung Zukunft

VERENA BIKAS

Durch den demografischen Wandel und den damit verbundenen Veränderungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens werden immer mehr Anforderungen an ein qualifiziertes Fachpersonal in der Pflege gestellt. Die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung soll es Pflegenden ermöglichen, diesen Anforderungen gerecht zu werden und die Profession der Pflege voranzutreiben. Durch erfolgreiche Modellversuche in Deutschland hat sich gezeigt, dass dieser Weg der richtige ist, um eine Qualitätssteigerung in der Versorgung von Pflegebedürftigen aller Altersgruppen und deren Angehörigen zu erreichen. In diesem Artikel werden die Vorteile einer grundständigen Pflegeausbildung für die Zukunft der Pflege dargelegt, Gegenargumente aufgegriffen und von einer Modellausbildung berichtet, die bereits an einer Berufsfachschule für Krankenpflege erfolgreich implementiert ist.



Verena Bikas

PRO

„Pflegen kann jeder!“ Mit dieser Behauptung werden Pflegenden in ihrer Laufbahn des Öfteren konfrontiert, ohne dass die jeweiligen Personen reflektieren, was Pflege denn eigentlich ist oder was es bedeutet, andere zu pflegen. Pflege heißt nicht nur, den Menschen „zu helfen“. Pflege ist ein weitaus umfassenderes Gebiet des Gesundheitswesens, welches den Pflegenden explizites Fachwissen abverlangt. Zudem müssen sie besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Bereichen sozialer, personaler und methodischer Kompetenzen vorweisen können. Dies wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung bekräftigt, das die Pflegeausbildung im Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen auf Kompetenzniveau 4 angesiedelt hat – es gibt insgesamt 8 Kompetenzniveaus, bis hin zur Forschungsarbeit an einer Hochschule.

Die Einstufung der Pflegeausbildung ist auch in den Abschlusszeugnissen der Berufsfachschulen für Pflegeberufe verankert.

Kompetenzentwicklung ermöglichen

Bereits in der Ausbildung sollen die Schüler ein professionelles Selbstverständnis entwickeln. „Pflege zielt darauf ab, die Gesundheit des einzelnen Menschen zu erhalten und zu fördern und ihn unter Einbeziehung seines sozialen Umfelds bei Krankheit, Behinderung sowie während des Sterbeprozesses zu unterstützen.“ (Oelke & Menke 2002, S. 20).

Dabei ist es wichtig, empathisch gegenüber Pflegebedürftigen zu sein und sich für sie einzusetzen und für sie zu handeln und zwar im multiprofessionellen Team aller Settings des Gesundheitswesens. Pflegenden müssen den Pflegeprozess planen, durchführen und hinsichtlich ihrer Zielsetzung evaluieren und adaptieren können. Sie müssen fähig sein, aufgrund ihrer Kompetenzen Entscheidungen für die Pflegebedürftigen zu treffen und Prioritäten zu set-

zen. Das erfordert von Pflegenden ein starkes Vertrauen in ihre Fähigkeiten und in sich selbst, um auch mit den erwartenden physischen und psychischen Belastungen umgehen zu können (Oelke & Menke 2002).

Um diesen Anforderungen sowohl als Lernende als auch als Lehrende gerecht zu werden, bedarf es eines Systems, in welchem es möglich ist, sich diese Kompetenzen anzueignen und weiterzuentwickeln.

Generalistische Pflegeausbildung ist nicht neu

Mit der Einführung des Lernfeldkonzepts und der neuen Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger 2003 war vermeintlich ein weiterer Schritt in die Richtung eines solchen Systems getan. Allerdings muss man bedenken, dass auch damals schon die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung diskutiert wurde. Bereits 1996 entwickelten die Katholische Schule für Pflegeberufe Essen e.V. und das Fachseminar der Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel Essen einen Modellversuch für eine

gemeinsame Pflegeausbildung von Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege, in der Hoffnung, diese neue Ausbildungsrichtung würde in Zukunft Früchte tragen. Folglich hielt man es bereits vor 20 Jahren sinnvoll, die Profession der Pflege voranzutreiben, indem man diese drei Ausbildungsberufe mit ihren vielen Gemeinsamkeiten zu einem grundständigen Beruf vereinte und „übergreifende pflegerische Qualifikationen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsbereichen“ vermittelte (BMG & BMFSFJ 2015, S. 1).

Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe und Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, plädierten am Pfl egetag im März 2016 in Berlin für die generalistische Pflegeausbildung und machten den Eindruck, sich entgegen aller Kritiken und Befürchtungen nicht davon abbringen zu lassen.

Reform der Pflegeberufe

So stellt sich nun die Frage, warum es denn nötig sei, die Pflegeberufe zu reformieren und nicht den scheinbar altbewährten Weg der drei eigenständigen Ausbildungsberufe weiterzugehen. Ich will versuchen, die Frage weitgehend zu beantworten.

Die wachsenden Anforderungen an das Pflegepersonal lassen es nicht mehr zu, die Aufgaben der Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege strikt voneinander getrennt zu betrachten. Dies zeigt bereits das bestehende Krankenpflegegesetz, welches in seiner Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den schriftlichen Teil der Prüfung verlangt, dass die zukünftigen Pflegekräfte „Pfl egesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten“ (Dielmann 2004, S. 164) müssen. Dies ist Prüfungsbestimmung sowohl in der Krankenpflege als auch in der Kinderkrankenpflege (Dielmann 2004). Fakt ist, dass es aufgrund zunehmend komplexer Pfl egesituationen in den „veränderten Versorgungsstrukturen und Pflegebedarfe in der Akut- und Langzeitpflege“ (BMG & BMFSFJ 2015, S. 1) nicht mehr sinnvoll ist, eine Grenze zwischen den Pflegeausbildungen zu ziehen. Ebenso ist es hinderlich für die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, qualifiziertes Personal zu bekommen, wenn es weiterhin

die drei eigenständigen Richtungen der Pflegeberufe gibt.

Orientierung durch Vertiefungseinsätze

Zukünftig soll man in der Ausbildung die Möglichkeit haben, durch verschiedene praktische Vertiefungseinsätze herauszufinden, in welche Richtung der Pflege es gehen soll. Es wird dann einfacher realisierbar sein, sich im Laufe der Berufsjahre umzuorientieren. Wer sich für die Kinderkrankenpflege interessiert, hat durch geschickte Wahl der Vertiefungseinsätze die Möglichkeit, von 2.500 Pflichtstunden in der Praxis bis zu 1.400 Stunden in der pädiatrischen Versorgung abzuleisten (BMG & BMFSFJ 2016). Der bisherige Differenzierungsbereich sieht laut aktueller Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gerade einmal 700 Stunden in der pädiatrischen Versorgung vor, was derzeit von den Schülern der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege berechtigterweise stark kritisiert wird. Die Kritik aus manchen Reihen, dass durch die Vereinigung der drei Pflegeausbildungen Ausbildungsinhalte vor allem in der Praxis verlorengingen, ist folglich nicht gerechtfertigt. Im Gegenteil, durch die Wahl der Vertiefungseinsätze hätte man ab sofort die Möglichkeit, die theoretisch gelernten Inhalte durch Erhöhung der praktischen Stunden in der pädiatrischen Versorgung zu intensivieren. Und auch der Kritikpunkt, die theoretischen Inhalte könnten nicht mehr tiefgründig genug behandelt werden, verliert an Beständigkeit, wenn man einmal betrachtet, wie viele Unterrichtseinheiten und Themengebiete in allen drei Ausbildungen wirklich identisch sind. Es kann nicht sinnvoll sein, die gleichen Inhalte explizit in jeder Ausbildungsrichtung erneut und getrennt voneinander zu unterrichten.

Natürlich soll so auch dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden, was im letzten Jahr, seit Bekanntgabe der Reform, ja eher als Gegenargument verwendet wurde. Ich persönlich betrachte es nicht negativ, wenn von unserer Bundesregierung versucht wird, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, indem man durch eine grundständige Pflegeausbildung den Pflegenden die Wege für die Zukunft offen hält. Es kann nur von Vorteil sein, in alle drei Bereiche Einblick zu erhalten und sich auszupro-

bieren. Dem Anspruch des International Council of Nurses (ICN), durch lebenslanges Lernen die Profession der Pflege aufrechtzuerhalten und voranzutreiben, wäre durch die Generalistik Folge geleistet. Seien wir mal ehrlich: nur ein Teil der Pflegenden hält es nach der Ausbildung noch für notwendig, die eigenen Kompetenzen durch stetige Fort- und Weiterbildung auszubauen.

Voneinander lernen, statt sich gegenseitig kritisieren

Des Weiteren können die einzelnen Berufsgruppen voneinander lernen. Die Durchführung von pflegerischen Interventionen in der Altenpflege ist teilweise individueller und spezieller als die in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege. Vor allem der Umgang mit den Betroffenen und ihren Angehörigen im Sterbeprozess hat in der Altenpflege bereits in der Ausbildung einen höheren Stellenwert als in den beiden anderen Ausbildungsrichtungen. Das Thema Sterben und Tod kann man nicht auf eine Altersgruppe beschränken, dies betrifft Menschen jeden Alters.

Wenn wir die pflegetechnischen Maßnahmen betrachten, so werden diese nicht nur in Krankenhäusern und Kinderkliniken durchgeführt. Aufgrund des demografischen Wandels und der Multimorbidität unserer Gesellschaft ist es auch in den Altenpflegeeinrichtungen notwendig, eine gewisse medizinische Versorgung durch Fachpersonal zu gewährleisten. Der Umgang mit Infusionen, Medikamenten und Verbänden zum Beispiel gehört zu einer Grundbasis aller Pflegenden, egal in welcher Einrichtung.

Wichtige Themen bezüglich der Qualifikation von Pflegekräften sind die Information, Schulung, Beratung und Anleitung von Betroffenen und ihren Angehörigen, was vor allem in der Kinderkrankenpflege ein Schwerpunkt ist, aber auch in den anderen beiden Gebieten eine große Rolle spielt.

So hat jede Ausbildungsrichtung ihre Besonderheit und Stärke, was für die Pflegebedürftigen der jeweils anderen Richtung aber ebenso von großer Bedeutung ist. Es profitieren alle am Pflegeprozess Beteiligten an der Zusammenlegung der einzelnen Pflegeberufe. Dass eine Richtung der Pflegeberufe dabei „den Kürzeren zieht“, ja sogar „vernachlässigt“ wird, halte ich für ein Gerücht. Vielmehr sollten alle Berufsgruppen der

Pflege zusammenhalten und gemeinsam den Beruf und seine Professionalisierung vorantreiben.

Einblick in das neue Gesetz

Das angedachte Pflegeberufsgesetz bringt bisher neben sehr vielen Änderungen zugunsten der Pflegenden auch einige Ungereimtheiten mit sich, was für Angst und Ungewissheit sorgt. Das will ich zugeben.

Als entscheidenden Fortschritt für die Pflegenden will ich die nun gesetzlich verankerten Vorbehaltenen Tätigkeiten erwähnen. Endlich steht in einem Gesetz, dass für „die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs [...], die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses [...], sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege [...]“ (BMG & BMFSFJ 2015, PflBG-E, S. 10) nur Pflegefachkräfte verantwortlich sind. Die Missachtung wird als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld bestraft. Die Arbeitgeber werden sich zukünftig überlegen müssen, ob sie diese Vorbehaltenen Tätigkeiten von Hilfskräften durchführen lassen. Ergo wird die Qualität der Pflege gesteigert und das anfangs beschriebene Denken, dass jeder pflegen könne, endgültig revidiert.

Einen weiteren Fortschritt sehe ich darin, dass kein Schulgeld mehr bezahlt werden muss (BMG & BMFSFJ 2015, PflBG-E), wie es in der Altenpflege immer noch üblich ist. Es kann nicht sein, dass Menschen, die daran interessiert sind, sich um Pflegebedürftige zu kümmern, dafür bezahlen müssen, diesen Beruf zu erlernen. Gerade die Altenpflege hat dadurch starke Einbußen an Fachkräften erleiden müssen. Die Leidtragenden sind dabei letztendlich die Pflegebedürftigen.

Hinzu kommt, dass die Praxisanleienszeit von mindestens 10 Prozent in den jeweiligen Einsatzgebieten nicht mehr nur eine Richtlinie ist, sondern mit der Reform ebenfalls fest in einem Gesetz verankert wird und somit verpflichtend für den Träger der praktischen Ausbildung ist (BMG & BMFSFJ 2015, PflBG-E).

Flexibilität bei der Wahl des Schwerpunktes gefragt

Die Wahl der Vertiefung, ob Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Alten-

pflege, soll laut des aktuellen Entwurfs bereits vor der Ausbildung getroffen und im Ausbildungsvertrag verankert werden. Dies ist wenig sinnvoll, da es von Vorteil sein kann, sich in der Ausbildung auszuprobieren und nicht festlegen zu müssen. Als Kompromiss wäre denkbar, dass die Schüler sich im dritten Ausbildungsjahr festlegen müssen, damit sie adäquat auf die Abschlussprüfungen vorbereiten werden können. Das Wählen der Vertiefungsrichtung zu Beginn der Ausbildung sollte vielmehr eine Kann-Regelung und keine Muss-Regelung sein. Der Wechsel in eine andere Vertiefung sollte zu jedem Zeitpunkt der Ausbildung ohne Probleme möglich sein. Da das Pflegeberufsgesetz aber bisher noch ein Entwurf ist, bleibt zu hoffen, dass die Bundesregierung diese berechtigte Kritik erhört und den § 16 Abs. 2 in ihrem Referentenentwurf (BMG & BMFSFJ 2015, PflBG-E) noch einmal überarbeitet.

Grundlagen der Finanzierung

Bei der Finanzierung sehe ich im Moment noch die größten Probleme. Mit dem neuen Gesetz soll die Pflegeausbildung durch einen Ausgleichsfonds auf Landesebene geregelt sein. In diesen Fonds zahlen Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, das jeweilige Land, die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung ein. Die zuständige Stelle im Land ermittelt dann den erforderlichen Finanzierungsbedarf und zahlt Ausgleichszuweisungen an die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschulen aus (BMG & BMFSFJ 2015, PflBG-E).

Die Ausbildungskosten der zukünftigen Pflegeschulen werden dabei aufgeteilt in Betriebskosten wie Personal-, Sach- und Instandhaltungskosten und in Investitionskosten, die ganz individuell ausfallen. Die Investitionskosten werden allerdings nicht über den Ausgleichsfonds refinanziert. Diese Finanzierungsverantwortung liegt bei den Ländern.

Für die Betriebskosten soll ein Pauschalbudget veranschlagt werden. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit, statt dem Pauschalbudget ein Individualbudget in Anspruch zu nehmen. Dieses muss allerdings in der Planungsphase vor Einführung der generalistischen Pflegeaus-

bildung mit dem Träger der praktischen Ausbildung/der Pflegeschule, der Landesbehörde und den Kranken- und Pflegekassen ausgehandelt werden. Hinzu kommt, dass ein Individualbudget nur zustande kommen kann, wenn sich entweder das Land dafür entscheidet oder wenn alle Vereinbarungspartner diese Individualbudgets anstelle der Pauschalbudgets wollen. Es bleibt also knallharte Verhandlungssache, ob und in wie weit die Pflegeausbildung kostendeckend sein wird, und ob die jetzige Möglichkeit der Refinanzierung nach Kriterien wie z.B. Entgeltfortzahlung, Anzahl der Ausbildungsplätze, Gruppenunterricht etc. überhaupt noch relevant sein wird (BMG & BMFSFJ 2015, PflBG-E).

Auf dem Weg zu Pflegefachfrau und Pflegefachmann

Über die Berufsbezeichnung Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann lässt sich streiten. Dem einen gefällt sie, dem anderen nicht. Dieses Problem ergab sich schon bei der Änderung von Krankenschwester zu Gesundheits- und Krankenpflegerin, worüber heute niemand mehr nachdenkt.

Trotzdem sind wir auf einem guten Weg, nun endlich die generalistische Pflegeausbildung mit einem stabilen Pflegeberufsgesetz umzusetzen. Natürlich wird auch dieses Gesetz nicht alle Beteiligten vollständig zufrieden stellen. Aber welches Gesetz wurde bisher schon von unserer Bundesregierung verabschiedet, an dem es nichts zu kritisieren gab? Ich glaube, keines.

Eigene Erfahrung durch Modellversuch

Ich spreche aus Überzeugung, wenn ich sage, dass die generalistische Pflegeausbildung die Zukunft sein muss. An unserer Berufsfachschule für Krankenpflege läuft seit 2010 der Modellversuch „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt“ in Bayern. Im August dieses Jahres hat zum dritten Mal ein Kurs mit dem Schwerpunkt Gesundheits- und Krankenpflege seine Ausbildung erfolgreich abgeschlossen. Ich durfte diesen Examenskurs sowohl als Kurs- als auch als Schulleitung begleiten und muss sagen: Ich halte sie für ebenso qualifiziert und kompetent wie die herkömmlich ausgebildeten Pflegekräfte. Das ließ sich zum Beispiel

gut im dem Projekt „Schüler leiten eine Station“ erkennen. Dabei waren die Teilnehmer des Examenkurses der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinderkrankenpflege und des Examenkurses der generalistischen Pflegeausbildung gemeinsam für je eine Station unserer Kinderklinik und eine Station unseres Krankenhauses verantwortlich. Sie führten sie selbstständig unter Aufsicht der Praxisanleiter und kümmerten sich um alle anfallenden Aufgaben.

Dabei war sehr schnell zu beobachten, dass die generalistisch ausgebildeten Schüler ein besonderes Augenmerk auf die Ressourcenerhaltung ihrer Patienten während ihrer pflegerischen Interventionen legten und dies auch in den Übergaben zum Schichtwechsel explizit aufführten. Hier war ganz deutlich erkennbar, dass sie, ob bewusst oder unbewusst, durch den hohen Anteil an Stunden in den Altenpflegeeinrichtungen sehr geprägt waren. Wohingegen die Schüler der herkömmlichen Ausbildungsrichtungen stärker darauf achteten, pflegetechnische Maßnahmen

korrekt auszuführen. Umso mehr freut es mich, dass die Kinderklinik unseres Trägers bereits generalistisch ausgebildete Pflegekräfte beschäftigt und nun auch alle Absolventen des Kurses im Modellversuch von unserem Träger eine Stelle angeboten bekommen haben. Die Schüler des Modellversuchs haben ebenfalls das Gefühl, genauso qualifiziert ausgebildet worden zu sein. Es bleibt spannend, diese Entwicklung auch bei unseren nächsten Kursen des Modellversuchs zu beobachten, bis dann hoffentlich die Einführung einer grundständigen Pflegeausbildung endgültig ist.

Fazit

Ich bin davon überzeugt, dass in gesetzlich vorgegebenem Rahmen eine tiefgründige Auseinandersetzung mit Ausbildungsinhalten aller Pflegeausbildungen möglich ist, dadurch die Motivation von Lernenden und Lehrenden gesteigert und so eine bessere Perspektive für alle Pflegekräfte geschaffen wird.

Deshalb wird es für die Zukunft unabkömmlich sein, die drei Richtungen Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege in einem grundständigen Pflegeberuf zusammenzuführen, um somit der Versorgung aller Altersgruppen gerecht zu werden. Ich kann nur appellieren, dass sich daran alle Berufsgruppen beteiligen und ein gemeinsames Ziel verfolgen. <<



Literatur

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013) Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. <http://www.dqr.de/>, Zugriff am 29. August 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2015) Die Reform der Pflegeausbildung – der Entwurf des Pflegeberufgesetzes – Ziel und Gegenstand der Reform. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/reform-pflegeberufegesetz.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff am 29. August 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2015) Referentenentwurf des BMFSFJ – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (PflBG-E). <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entwurf-pflegeberufsgesetz.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Zugriff am 29. August 2016.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016) Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufgesetzes. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/eckpunkte-fuer-eine-ausbildungs-und-pruefungsverordnung-zum-entwurf-des-pflegeberufsgesetzes.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Abgerufen am 29. August 2016.

Dielmann G. (2004) Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Oelke U. & Menke M. (2002) Gemeinsame Pflegeausbildung – Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Verlag Hans Huber, Bern.

Zusammenfassung

Unserer Bundesregierung hat es nun endlich geschafft, die generalistische Pflegeausbildung auf den Weg zu bringen. Bereits im Referentenentwurf des Pflegeberufgesetzes sind einige wichtige Kriterien für die Ausbildung etabliert, die im bisherigen Krankenpflegegesetz gefehlt haben oder nur eine Kann-Regelung bestand. Diese Entwicklung ist ein erheblicher Fortschritt für die Pflege in Deutschland und darf nun nicht mehr gestoppt werden. Die Berufsgruppen der Pflege müssen zusammen entgegen jeglicher Kritik an einem Strang ziehen und diese Entwicklung vorantreiben, damit wir auch in Zukunft qualifiziertes Fachpersonal haben, welches im Sinne der professionellen Pflege handelt.

Schlüsselwörter: *Generalistische Pflegeausbildung, Profession der Pflege, erfolgreiche Modellversuche*

Anzeige

Josef Galert

Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe

Grundlagen, Stand und Ausblick – ein praxisnahes Lehrbuch für Ausbildung, Studium und Beruf

2016. 189 Seiten, 16 Abb., 7 Tab. Kart. € 34,-
ISBN 978-3-17-030758-2

Neu! auch als **EBOOK**

W. Kohlhammer GmbH
70549 Stuttgart
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

Autorenkontakt:

Verena Bikas, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Pflegepädagogin B.A., Schulleiterin der Berufsfachschule für Krankenpflege am Klinikum Fürth
Kontakt: verena.bikas@klinikum-fuerth.de

> Das Pflegeberufereformgesetz

Der Bedarf der Kinderkrankenpflege wird missachtet

MONIKA OTTE

Die Befragung unter den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern hat ergeben, dass schon das aktuelle Krankenpflegegesetz von 2003 die Qualität der Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege reduziert hat. Der Grund dafür ist das gemeinsame Unterrichtsangebot im integrierten Teil in vielen Ausbildungsstätten, das Gesundheitsthemen für Menschen aller Altersstufen für die Kinder- und Krankenpflege kombiniert. Außerdem hat sich seitdem in einigen Kinderkrankenpflegesschulen die Zahl der Praxisstunden in kinder- und jugendspezifischen Einrichtungen reduziert, was die Lernmöglichkeiten für den Umgang mit Kindern in unterschiedlichen Altersstufen beeinträchtigt. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. Kinderkrankenschwestern befürchten, dass sich die pflegerische Versorgung von Kindern durch das Pflegeberufsgesetz in Deutschland weiterhin verschlechtern wird.



Monika Otte

CONTRA

Als Ende November 2015 der Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes von der Bundesregierung veröffentlicht wurde, habe ich als Kinderkrankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe der Kinderkrankenpflegeschule des UKGM Gießen entschieden, eine Petition zum Erhalt der eigenständigen Kinderkrankenpflegeausbildung zu initiieren. Das Quorum wurde am 25. Januar 2016 erfolgreich mit 80.326 Mitzeichnern erreicht. Die Anzahl der Unterzeichner ist mittlerweile auf über 162.000 gestiegen. Solange das Gesetzesverfahren läuft, kann die Petition unterzeichnet werden. Unterschriftenlisten sind unter http://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/1601_Petition_Unterschriftenliste_2 einsehbar. Mehr als 25 Fach- und Elternverbände unterstützen das Anliegen der Kinderkrankenpflege, weil sie die qualitativ hochwertige Pflege

von Frühgeborenen bis Jugendlichen in Deutschland schützen wollen.

Generalistik wird abgelehnt

In der öffentlichen Sitzung im Petitionsausschuss konnte ich mit Hildegard Wewers (Pflegedienstleitung des Christlichen Kinderhospitals in Osnabrück) am 11. April 2016 das Anliegen der Kinderkrankenpflege vertreten. Vorbereitend dazu habe ich mit der Unterstützung der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland e.V. (DGKJ) eine Befragung zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung innerhalb der eigenen Berufsgruppe durchgeführt. Die Ergebnisse belegen, dass die Mehrheit der Kinderkrankenpfleger die Generalistik ablehnt und auch schon die aktuelle Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz von 2003 kritisch bewertet.

Anfang Februar 2016 startete die Umfrage an alle Kinderkrankenpflegesschulen (203), alle Kinderkrankenhäu-

sern und Kinderabteilungen (357) in Deutschland. Zielgruppe waren examinierte Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Bis Mitte März 2016 haben 2.995 Examiniertere und 1.186 Auszubildende teilgenommen. Insgesamt konnten 3.898 Fragebögen aus allen Bundesländern ausgewertet werden.

Kritischer Blick auf die aktuelle Qualität

Die Qualität der aktuellen Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (KrPflG 2003) wird im Allgemeinen von 34,4% als sehr gut bis gut bewertet. Diese Einschätzung differiert allerdings bei den Examiniertere: Diejenigen, die vor 2006 ihr Examen absolviert haben, schätzen die aktuelle Ausbildung schlechter ein als diejenigen, die nach 2006 examiniert wurden (vgl. Abb 1). Durch das Gesetz von 2003 wurde in den meisten Ausbildungsstätten der Fächerunterricht aufgelöst und stattdessen ein Lernfeldkonzept eingeführt, was



Abbildung 1: **Nur Examierte:** Wie bewerten Sie allgemein die Qualität der aktuellen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin nach dem Krankenhausgesetz von 2003?



Abbildung 2: **Nur Auszubildende:** Wie bewerten Sie allgemein die Qualität der aktuellen Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin nach dem Krankenpflegegesetz von 2003?

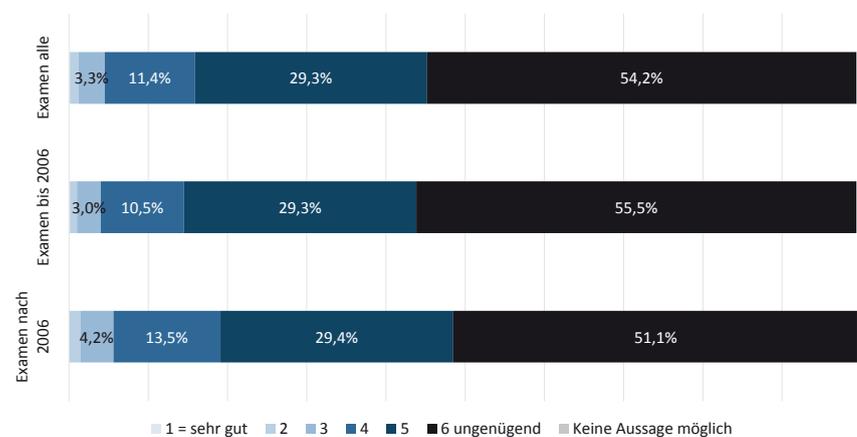


Abbildung 3: **Nur Examierte:** Wie bewerten Sie die Sicherung der Qualität bezüglich der Versorgung von Kindern nach dem neuen geplanten Pflegeberufgesetz?

grundsätzlich als positive Entwicklung anzusehen ist und Gegenstand vieler Evaluationen war. Das oben angeführte Ergebnis könnte natürlich auch für die Generalistik interpretiert werden –

dagegen spricht die Bewertung der Auszubildenden, denn an reinen Kinderkrankenpflegesschulen war sie besser als an Mischschulen (vgl. Abb. 2).

Skepsis in Bezug auf die geplante Reform

Die Sicherung der Qualität bezüglich der Versorgung von Kindern nach dem neuen geplanten Pflegeberufgesetz bewerteten 83,5% der Befragten mit mangelhaft bis ungenügend (vgl. Abb. 3).

95,9% der Befragten würden sich nicht für eine Ausbildung zur Pflegefachfrau/-mann nach dem neuen Pflegeberufgesetz bewerben, d.h. Bewerber gehen in Zukunft der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verloren, da ihnen in der Praxis kein ausreichender Kontakt mit Kindern garantiert ist. Diese Bewerber werden meines Erachtens in die Erzieher-Ausbildung oder bildungswissenschaftliche Studiengänge abwandern, wo sie ihren Wunsch eher verwirklicht sehen.

99% der Befragten sind für die Eigenständigkeit der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Dies ist ein klares Votum aus der eigenen Berufsgruppe, das von den Verantwortlichen wahrgenommen werden sollte. Wie kann es toleriert werden, dass die Einschätzung der betreffenden Profession übergangen wird?

Kritik nicht in Bewertung der Reform integriert

Die Befragungsergebnisse belegen, dass die Befürworter der generalistischen Pflegeausbildung den Pflegebedarf der Kinderkrankenpflege bei ihrer Einschätzung missachten. Die kritischen Äußerungen der Kinderkrankenpflege haben sie zwar in Modellprojekten von „Pflegeausbildung in Bewegung“ (WIAD 2008) dokumentiert, aber nicht in die zusammenfassende Bewertung integriert. Die Ergebnisse vermitteln daher einen falschen Eindruck. Von insgesamt 308 beteiligten Auszubildenden waren nur 18 (6%) Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Diese bewerteten das Ergebnis negativ: „Kinderkrankenpflege fällt unter den Tisch“ (WIAD 2008). Die Projektbegleiter kommen selbst zu folgendem Ergebnis: „In einer Reihe von Aussagen der Schüler wird beklagt, dass die Breite der Ausbildung zu Oberflächlichkeit führt und eine vertiefende Qualifizierung verhindert. Zum Teil erscheint die Ausbildung für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nicht angemessen in der Gesamtausbildung berücksichtigt“ (WIAD 2008). „Ein-

schränkungen, was den Erfolg angeht müssen gemacht werden bzgl. der Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. In drei Modellprojekten wurde eine integrierte Ausbildung aller drei Pflegeberufe durchgeführt, wobei sich die Integration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege teilweise als problematisch erwies“ (WIAD 2008).

In den Curricula der Modellprojekte wird im Wesentlichen eine Krankenpflegeausbildung angeboten, denn in den aufgeführten Lernfeldern tauchen die für Kinder und alte Menschen spezifischen Inhalte nur rudimentär auf (Wannseeschule 2016). Die Ergänzung „Menschen aller Altersstufen“ garantiert noch lange nicht, dass die notwendige spezifische Fach- und Methodenkompetenz vermittelt wird.

Weiterbildung dringend erforderlich

Das Berufsbild der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege hat ein breites Spektrum: die pflegerische Versorgung von Frühgeborenen bis Jugendlichen, bei der der jeweilige Entwicklungsbedarf berücksichtigt werden muss. Eine generalistisch ausgebildete Pflegefachkraft wäre nicht in der Lage, die Pflege von Kindern aller Altersstufen sicher zu übernehmen und Familien zu begleiten, da sie nicht das notwendige umfangreiche Fachwissen erhält und nicht die notwendige berufliche Handlungskompetenz entwickeln kann. Um dieses Defizit zu kompensieren, müsste sich der Grundausbildung eine vertiefende Weiterbildung in der Kinderkrankenpflege anschließen, die aktuell weder konzipiert noch finanziell abgesichert ist. Die Gesellschaft der Kinderkliniken und Kinderabteilungen Deutschland schätzt die Folgekosten auf ca. 120 Mio. Euro pro

Jahr. Wer soll diese Kosten übernehmen? Die Finanzierung von Weiterbildungen wird nicht im ausreichenden Maße von Trägern übernommen, wie der Ausbildungsreport von Verdi (2015) am Beispiel von Praxisanleitungen belegt: „Die Situation in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege hat sich deutlich verschlechtert. Hier ist der Anteil von den Auszubildenden die angeben, nicht angeleitet zu werden, im Vergleich zur letzten Befragung um sechs Prozentpunkte auf 33,7% angestiegen“ (Verdi 2015). „Die Auszubildenden wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, ob die Praxisanleiter genügend Zeit für Anleitungen bekommen. Weit mehr als die Hälfte der Befragten verneinen dies (60,1%). Hier besteht dringender Regelungsbedarf: Praxisanleiter müssen mehr Zeit bekommen, die Auszubildenden beim Lernen zu unterstützen“ (Verdi 2015).

Pflegenotstand in Sicht

Für die Versorgung von Kindern wird sich ein Pflegenotstand entwickeln, da nicht ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen wird. Pflegefachkräfte würden über learning by doing am Kind ihre berufliche Handlungskompetenz entwickeln, was höchstgefährlich sein wird. Der Gesetzgeber rechtfertigt dies über das Prinzip des lebenslangen Lernens: „Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt“ (Ausbildungsziel §5 Pflegeberufereformgesetz). Wer wird in Zukunft dafür sorgen, dass Pflegefachkräften dies in ausreichendem Maße gewährleistet wird? Wer wird die Kosten übernehmen und die not-

wendige Personalausstattung sichern, damit Examinierte ergänzende Qualifizierungsmaßnahmen absolvieren können?

Mögliche Lösung

Als konstruktiven Vorschlag habe ich im Petitionsausschuss folgende Forderungen für die Regelung der Kinderkrankenpflegeausbildung gestellt:

1. Absicherung der Qualifikation durch eine eigene Berufsbezeichnung: Kinderpflegefachkraft.
2. Die Hälfte der theoretischen Ausbildung muss spezialisiert sein für Kinder aller Altersstufen: Gesundheitsthemen: 350 Std., insbesondere zur kindlichen Entwicklung, Spezifität des jeweiligen Kindesalters, z.B. Schlaf, Ernährung, Bewegung u.a. Krankheitsthemen: 700 Std. (500 im differenzierten Teil und 200 zur freien Verfügung).
3. Zwei Drittel der praktischen Ausbildung müssen in kinder- und jugendmedizinischen Einrichtungen erfolgen.

Nur durch diese Qualitätskriterien kann eine hochwertige Pflege von Kindern in Deutschland abgesichert werden. Es sollte allen Verantwortlichen ein Anliegen sein, diese Patientengruppe zu schützen, zumal sie selbst nicht für ihre Rechte eintreten können.

Darüber hinaus ist die gute Absicht, die Attraktivität und Qualität des Pflegeberufes zu erhöhen, sinnvollerweise durch bessere Arbeitsbedingungen (Umsetzen von Personalmindeststandards) und eine höhere Bezahlung zu erzielen.

Hier ist der Gesetzgeber an der richtigen Stelle gefordert, den Wert der Pflege innerhalb unserer Gesellschaft zu definieren.

Zusammenfassung

Die Qualität der Pflege von Kindern von Frühgeborenen bis zu Jugendlichen wird durch das Pflegeberufereformgesetz gefährdet, da das spezifische Fachgebiet bisher nicht ausreichend gesichert ist. Schon durch das aktuelle Krankenpflegegesetz (2003) kam es zu Einbußen, da in der Praxis Einsätze im kinder- und jugendspezifischen Bereich und in der Theorie spezialisierte Inhalte reduziert wurden. Die erfolgreiche Petition zum Erhalt der spezialisierten Kinderkrankenpflegeausbildung hat der Politik ein deutliches Signal gesetzt. Untermuert wird das Anliegen durch die Befragung unter den Kinderkrankenpflegern, bei der sich 99% für den Erhalt der Eigenständigkeit ausgesprochen haben.

Schlüsselwörter: *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Befragung, pflegerische Versorgung von Kindern*

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Monika Otte, Kinderkrankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe am UKGM Gießen
Kontakt: M.M.Otte@gmx.net

> Das Pflegeberufereformgesetz

Rückschritt oder Fortschritt für die Pflege

ANNE SCHÄFER

Für die einen ist das Pflegeberufereformgesetz ein „Meilenstein für die zukünftige Ausbildung von Pflegefachpersonen in Deutschland“ (Weidner 2016, S. 1). Für die anderen wird damit ein „Irrweg“ (BKSB 2016, S. 5) beschrrieben, der fachliche Qualitätsverluste in den drei Pflegeberufen zur Folge hätte und den Fachkräftemangel verschärfen würde. Das laufende Gesetzgebungsverfahren hat Gräben zwischen Kritikern und Befürwortern der Reform offenbart. Der Beitrag nimmt eine Standortbestimmung vor und vergleicht die Reformpläne mit der Ausbildung in anderen EU-Ländern.



Foto: Rob/Fotolia

Seit Januar diskutieren Politiker, Angehörige der Pflegeberufe, Interessenvertreter und Verbände über den Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes. Neben der Zusammenführung der Ausbildungen der drei Pflegeberufe in eine generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann sind die beiden weiteren Pfeiler der Reform die Einführung eines primärqualifizierenden Hochschulstudiums sowie eine Neuordnung der Finanzierung. Letztere wird auch wegen des bisher noch in

Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen zu zahlenden Schulgeldes erforderlich, das abgeschafft werden soll.

Eine Vielzahl an Argumenten lassen sich für und gegen den Reformvorschlag vorbringen. Für die Generalistik wird u.a. der Vergleich mit dem europäischen Ausland angeführt. Um international anschlussfähig zu werden, sei eine generalistische Ausbildung geboten, argumentiert etwa die Deutsche Fachgesell-

schaft Psychiatrische Pflege (2016, S. 3). Auch der Deutsche Pflegerat unterstützt den Reformvorschlag, der gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erarbeitet wurde. Er hält die derzeitige Orientierung der Pflegeausbildung an der „Altersgruppe der zu versorgenden Menschen und Versorgungssettings“ für „überholt“ (Deutscher Pflegerat 2016, S.4).

Pflegeausbildung in Schweden

Im Rechtsvergleich mit anderen europäischen Ländern wie Schweden, dem Vereinigten Königreich und den Niederlanden unterscheidet sich die deutsche Qualifizierung für die Pflegeberufe von anderen EU-Mitgliedsstaaten deutlich.

In Schweden führt der Zugang zum Pflegeberuf über ein dreijähriges Bachelorstudium an den Universitäten und den University Colleges (Lahtinen et al. 2015; Waldhausen et al. 2014). Mit dem erfolgreichen Abschluss erwirbt man dort das „Bachelor of Science nursing degree“. Die Absolventen sind berechtigt, die gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung „Sjuksköterska“ (Krankenpfleger) zu führen. Nach dem Bachelorabschluss besteht seit 2007 die Möglichkeit der Spezialisierung im Masterstudium zum Fachkrankenpfleger (Lahtinen et al. 2015; Waldhausen et al. 2014). Diese Weiterqualifizierung bzw. Spezialisierung kann zu folgenden Bezeichnung im Bereich Fachkrankenpflege führen: *Specialistsjuksköterska inom äldre/vård av äldre/Geriatriskjuksköterska* (= Fachkrankenpfleger für die Pflege Älterer), *Specialistsjuksköterska med inriktning mot avancerad vård i hemmet* (Fachkrankenpfleger für die häusliche Pflege). Weitere Möglichkeiten der Spezialisierung werden für die Kinderpflege, Intensivpflege, Psychiatrische Pflege, Unfall- und Notfallpflege, Anästhesie-

pflege, Gemeindepflege und vorstationäre Behandlung berichtet (Robinson & Griffiths 2007).

Pflegeausbildung in Großbritannien

Auch Großbritannien hat sich im Jahr 2013 für eine ausschließlich universitäre Pflegeausbildung entschieden, die mindestens eine Fachrichtungs-Spezialisierung beinhaltet (vgl. Waldhausen et al. 2014). Die Studierenden können zwischen einem Bachelor-Studium des „Adult Nursing“ (Pflege für Erwachsene), des „Mental Health Nursing“ (Pflege für den Bereich psychische Gesundheit), des „Learning Disabilities Nursing“ (Lernbehindertepflege) oder des „Children's Nursing“ (Kinderkrankenpflege) wählen, wobei einige Universitäten auch anbieten, sich erst nach einem gemeinsamen Studienjahr für eine Richtung zu entscheiden. Die Verbindung von zwei Schwerpunkten in einem Studiengang (z.B. Adult und Mental Health Nursing) ist bei einer Verlängerung des an sich jeweils dreijährigen Studiums auf insgesamt vier Jahre möglich (Waldhausen et al. 2014).

Wer den Bachelorabschluss erreicht hat, muss sich beim Nursing and Midwifery Council, einem staatlichen Register für Pflegefachkräfte und Hebammen, registrieren lassen, um den Titel „Registered Nurse“ führen zu dürfen. Weitere Spezialisierungen und Qualifizierungen sind möglich, die zum Teil durch ein einjähriges universitäres Vollzeitstudium („specialist practitioner programmes“) oder im Rahmen der beruflichen Weiterbildung („continuing professional development“) nachgewiesen werden können. Das Register lässt die Registrierung als „specialist“ in verschiedenen Fachrichtungen zu.

Pflegeausbildung in den Niederlanden

Die Niederlande gehen im Vergleich zu Schweden und Großbritannien insoweit einen Sonderweg, als sie sowohl die berufliche Ausbildung zur Pflegefachkraft ohne Studium als auch ein grundständiges Bachelorstudium anbieten. Allen drei Ländern gemeinsam ist, dass sie eine generalistische Ausbildung und Weiterqualifizierungen im Rahmen der beruflichen Fortbildung oder von Masterstudiengängen vorsehen.

Eigene Handlungsspielräume im EU-Ausland

In Großbritannien, wie auch in Schweden und den Niederlanden, können Pflegekräfte Aufgaben wahrnehmen, die in Deutschland ausschließlich Ärzten vorbehalten sind. Weiterqualifizierungen erlauben dort eigenständige Handlungskompetenzen der Pflegefachkräfte im Sinne einer „Advanced Nursing Practice“ (advanced = fortgeschritten). Je nach Zusatzqualifikation sind Pflegekräfte dann befugt, Medikamente, Verbandsstoffe und (Pflege-)Hilfsmittel zu verschreiben sowie Patienten an Mediziner oder an andere Gesundheitsberufe wie z.B. Physiotherapeuten zu überweisen (vgl. BMBF 2014, S. 149). Derzeit sind „advanced practitioner“ im Vereinigten Königreich je nach Weiterqualifizierung zur Durchführung des Beatmungsmanagements bei Intensivpatienten, OP-Assistenzen, Anästhesien, endoskopischen Untersuchungen mit Probenentnahmen, Ultraschalluntersuchungen und zur Verschreibung von Medikamenten und Hilfsmitteln berechtigt. Im Gespräch ist außerdem, die Qualifikationsbezeichnung „advanced practitioner“ einzuführen, die mit einem Master-Abschluss erworben werden kann. Das soll durch eine eigene Registrierung beim Nursing and Midwifery Council geschützt und eigenständig reguliert werden (BMBF 2014).

Deutsche Kritiker der Reform sehen das Niveau in Gefahr

In Deutschland haben sich von Seiten der Interessenvertretungen vor allem die Kinderkrankenpfleger sowie diverse Verbände der Kinder- und Jugendärzte von Anfang an gegen die generalistische Ausbildung ausgesprochen. Im Januar startete aus diesen Reihen eine Online-Petition gegen das Reformvorhaben. Befürchtet wird u.a., dass mit der geplanten Ausbildung das erforderliche Niveau in der Kinderkrankenpflege nicht erreicht werden kann. Derzeit enthält die Ausbildung eine jeweils 1.200 Stunden umfassende Differenzierungsphase im theoretischen Unterricht und in der praktischen Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die übrigen Ausbildungsstunden sind mit der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege identisch.

Auch die Gewerkschaft Verdi und diverse Berufsverbände der Altenpflege sprechen sich gegen die Zusammenführung der drei Pflegeberufe zu einem einheitlichen Berufsbild der Pflegefachperson aus. Inzwischen sind 30 Verbände an die Vorsitzenden der beiden großen Bundestagsfraktionen CDU/CSU und SPD herangetreten und haben diese aufgefordert, das Gesetz zu stoppen (Frankfurter Allgemeine Zeitung 12.07.2016).

Opposition fordert integrative Ausbildung

Gegenwind für die Reform kommt von der Opposition, der den weiteren Kurs aufgrund der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat im Hauptverfahren des Gesetzgebungsprozesses nochmals bestimmen könnte. Beide Oppositionsfraktionen haben jeweils mit einem Konzept einer integrativen Pflegeausbildung reagiert. Die Linke will zunächst eine zweijährige gemeinsame Grundausbildung, an die sich eine einjährige Schwerpunktsetzung in der allgemeinen Pflege, der Kinderkrankenpflege oder der Altenpflege anschließen soll (BT-Drs. 18/7414). Die Schwerpunktsetzung soll als Spezialisierung im späteren Berufsabschluss zu erkennen sein. Der Zugang zur integrierten Ausbildung wird mit einer zehnjährigen, allgemeinen Schulbildung möglich. Mit dem Abschluss der dreijährigen Ausbildung soll zugleich die Hochschulzugangsberechtigung für einschlägige Studiengänge in den Pflegewissenschaften, dem Pflegemanagement oder Lehrtätigkeit erworben sein. Die Grünen wollen die integrative Ausbildung ebenfalls in zwei Stufen verwirklichen. In einem ersten Ausbildungsabschnitt, der auf ein bis zwei Jahre angelegt ist, sollen identische Inhalte für die Pflegeberufe vermittelt werden. Danach werden sich die Auszubildenden in einem zweiten Abschnitt über einen Zeitraum von ein bis eineinhalb Jahren in einem der drei Pflegeberufe spezialisieren.

Heftige Kritik hat vor allem das Fehlen einer detaillierten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erfahren. Die Bundesregierung hat dafür bisher nur Eckpunkte vorgelegt. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wollen nun das Gesetzgebungsverfahren so lange aussetzen, „bis die endgültigen Verordnungen, nicht nur die Eckpunkte, zu den Ausbildungsinhalten und Prüfungen sowie

zur Finanzierung vorliegen“ (BT-Drs. 18/7880, S.3). Dafür sowie für die integrative Ausbildung sprachen sich auch einige Interessenvertreter während der Anhörung im Gesundheitsausschuss im Mai aus.

Die Finanzierung der Reform

Neben dem Streit über die Generalistik ist auch die Finanzierung in den Fokus gerückt. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) hält die bisher prognostizierten Ausbildungs-Mehrkosten für zu gering. In der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss schätzten die GKV-Vertreter die Mehrkosten „auf 750 Millionen Euro für das Jahr 2017/2018“ (Kücking 2016, S. 30) – also ungefähr doppelt so hoch im Vergleich zu den im Gesetzentwurf angegebenen Mehrkosten. Diese basieren auf dem Prognos/WIAD-Finanzierungsgutachten, das vom Bundesgesundheitsministerium und vom Bundesfamilienministerium im Jahr 2013 in Auftrag gegeben worden war.

Die Ausbildungskosten sollen nun durch eine Umlage von den Krankenhäusern sowie den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen finanziert werden. Dafür müssen auf Landesebene sog. Ausgleichsfonds geschaffen werden. Das Verfahren birgt allerdings das Risiko einer ungleichen Kostenbelastung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Enger Zeitplan

Der Gesetzesentwurf sieht den 1. Januar 2018 für den Start der neuen Ausbildung vor. Zuvor müssten aber – bei Verabschiedung des vorgelegten Entwurfs ohne Änderungen – die neuen Finanzierungsstrukturen geschaffen werden, das Verwaltungs- und EDV-Verfahren und eine Schiedsstelle eingerichtet werden. Auch müssten noch mehrere Rechtsverordnungen auf den Weg gebracht werden.

Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die ohnehin im Jahr 2017 erforderliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens hielt der federführende Gesundheitsausschuss den Zeitplan für „realitätsfern“ (BR-Drs. 20/1/16 Empfehlungen, S. 52). Der Bundesrat hat daher einen Ausbildungs-

start frühestens für den 1. Januar 2019 vorgeschlagen.

Der Bundesgesundheitsminister hält grundsätzlich an der Reform fest. Mit Blick auf die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“/„Pflegefachmann“ hat er sich inzwischen dafür ausgesprochen, diese mit einem Zusatz zu versehen, der die jeweilige Schwerpunktsetzung erkennen lassen soll. Weitere Änderungswünsche müssen nun in diesem Herbst beraten werden. Das Gesetz bedarf nach dem Beschluss im Bundestag noch der Zustimmung des Bundesrats. Dieser hatte bereits Änderungswünsche eingebracht, die die Bundesregierung nur teilweise unterstützt (BT-Drs. 18/7823). Ohne die Zustimmung des Bundesrats wird die Vorlage aber scheitern. Für die Zustimmung könnte die Forderung der Grünen nach einer integrativen Ausbildung durchaus nochmals von Bedeutung sein. Die Partei ist in zehn Bundesländern an der Landesregierung beteiligt und wird daher ihr Votum in den Verhandlungsprozess einbringen können. Würde von einer Fraktion der Vermittlungsausschuss einberufen, könnte sich das Vorhaben wegen weiterer Beratungen noch mehr verzögern.

Will die Bundesregierung die Reform der Pflegeberufe noch in dieser Legislaturperiode verabschieden, muss sie sich nun beeilen, denn am 22. Oktober 2017 wird ein neuer Bundestag gewählt. Erfahrungsgemäß stehen die Erfolgschancen für streitige Reformvorhaben im letzten Jahr vor der Wahl nicht allzu gut. Ohne Einigung könnte der Grundsatz der Diskontinuität der Legislaturperiode greifen: Mit dem Ende der Wahlperiode gelten alle Gesetzesvorhaben als erledigt, die zu diesem Zeitpunkt nicht abgearbeitet sind. Sie verfallen und müssen neu eingebracht werden. <<



Literatur

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2014) Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. https://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf, Zugriff am 11. August 2016.

Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB) Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe. <https://www.bundestag.de/blob/424482/5c05add6bca4d2d907ff9d2030df7ced/bundesverband-der-kommunalen-senioren-und-behinderteneinrichtungen-e-v--bksb--data.pdf>, Zugriff am 10. August 2016.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (2016) Gütersloher Erklärung zum geplanten Pflegeberufgesetz. <https://www.bundestag.de/blob/424564/107b4ebc8883c3be5a29b94da04b2a0c/deutsche-fachgesellschaft-psychiatrische-pflege-e-v---dfpp--data.pdf>, Zugriff am 10. August 2016.

Deutscher Pflegerat e.V. (2016) Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Stand 09.03.2016), den Eckpunkten für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufgesetzes, dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Integrative Pflegeausbildung – Pflegeberuf aufwerten, Fachkenntnisse erhalten und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE Gute Ausbildung – Gute Arbeit – Gute Pflege. <https://www.bundestag.de/blob/424418/1a7041235b71460b03cd39d101be519d/deutscher-pflegerat-v-dpr-data.pdf>, Zugriff am 10. August 2016.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Prof. Dr. iur. Anne Schäfer, M.A., Professorin für Sozial- und Gesundheitsrecht, Hochschule Fulda.

Kontakt: anne.schaefer@sk.hs-fulda.de

Zusammenfassung

Die Bundesregierung will mit dem Entwurf für das „Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG)“ die Pflegeberufe weiterentwickeln, attraktiver machen und so den Fachkräftemangel bekämpfen. Dabei sollen die Pflegekompetenzen zur Erreichung einer höheren Pflegequalität inhaltlich qualitativ verbessert werden. Die Reform steht auf drei Pfeilern: der Zusammenführung der drei Pflegeberufe in eine generalistische Ausbildung, der Einführung einer primärqualifizierenden Hochschulausbildung und der Neuordnung der Finanzierung. Alle drei Pfeiler haben Kritik aus verschiedenen Richtungen erfahren. Nun wird die Zeit für die Reform knapp.

Schlüsselwörter: *Pflegeberufereformgesetz, generalistische Ausbildung, Pflegeausbildungen in Europa*

> Rolle der Pflegekräfte

Kindesmisshandlung Epidemiologie, Erkennen und Handeln

JÖRG M. FEGERT, ULRIKE HOFFMANN & ANNA MAIER

Daten zur Häufigkeit von körperlicher und emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung zeigen, dass in wohlhabenden Ländern circa jedes zehnte Kind betroffen ist und es sich somit um Probleme beträchtlichen Ausmaßes handelt – die Häufigkeiten entsprechen dem Ausmaß von Volkskrankheiten wie z.B. Diabetes Typ II (Gilbert et al. 2009, Jud et al. 2016). Die Wahrscheinlichkeit, mit betroffenen Kindern im Berufsalltag in Berührung zu kommen, ist in den Pflegeberufen also recht hoch. Der nachfolgende Beitrag gibt eine Übersicht zur Thematik. Nach einem Abschnitt über die Epidemiologie steht das Erkennen von und das adäquate Handeln bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung im Fokus dieses Artikels.



- Bei körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie bei Vernachlässigung zeigen sich keine Geschlechterunterschiede.
- Multiple Viktimisierungserfahrungen sind eher die Regel als die Ausnahme.

Für Kindesmisshandlung gibt es verschiedene Risikofaktoren. Diese beinhalten erhöhte relative Risiken, was bedeutet, dass die entsprechenden Faktoren mit einer relativen Häufung von Kindesmisshandlung einhergehen, aber nicht eindeutig hinweisend sind. Nur eine klinische Gesamtbetrachtung macht im Einzelfall Sinn. Risikokonstellationen für Kindesmisshandlung sind in der nachfolgenden Tabelle 1 aufgeführt (Plener & Fegert 2016).

Epidemiologie

Bei der Kindesmisshandlung werden vier Formen unterschieden: körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch. Allerdings fehlt bisher sowohl national als auch international eine Definition von Kindesmisshandlung und deren Erscheinungsformen, die von den beteiligten Berufsgruppen akzeptiert und in Forschung und Praxis angewendet wird. Problemfelder bei der Definition sind unter anderem folgende Fragen: Was sind vertretbare elterliche Erziehungspraktiken? Wann ist die Grenze zur Misshandlung überschritten? Sowie die Frage, „wie Häufigkeit und Regelmäßigkeit von Handlungen bei der Bestimmung der Schwelle zur Misshandlung berücksichtigt werden müssen“ (Jud et al. 2016, S.1).

Bei den Studien zur Epidemiologie von Kindesmisshandlung lässt sich eine beträchtliche Diskrepanz zwischen den verschiedenen Misshandlungsformen erkennen. So sind emotionale Misshandlung und Vernachlässigung deutlich weniger untersucht als körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch (Jud et al. 2016). Abbildung 1 zeigt einen Vergleich europäischer und globaler Prävalenzangaben mit 85%-Konfidenzintervallen für sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung.

Grundsätzlich kann aus den Studien zu Häufigkeiten verschiedener Formen von Kindesmisshandlung Folgendes abgeleitet werden:

- Die häufigste Form der Kindesmisshandlung ist die Vernachlässigung.
- Mädchen sind häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Jungen.

Kindesmisshandlung erkennen

Körperliche Kindesmisshandlung

Es gibt in der Anamnese verschiedene Verdachtsmomente, die auf eine körperliche Kindesmisshandlung hinweisen können. Fehlende Plausibilität in der Anamnese ist das Kardinalsymptom für das Vorliegen einer Verletzung, die durch eine Misshandlung zustande gekommen ist. Hinweisend ist hier, dass der geschilderte Hergang „nicht geeignet ist, diese Art der Verletzungen zu erzeugen und/oder die Verletzung aufgrund des kindlichen Entwicklungsstandes nicht denkbar ist.“ (Schünemann & Ahne 2016, S.3). Auch wechselnde Schilderungen zum Unfallhergang sind

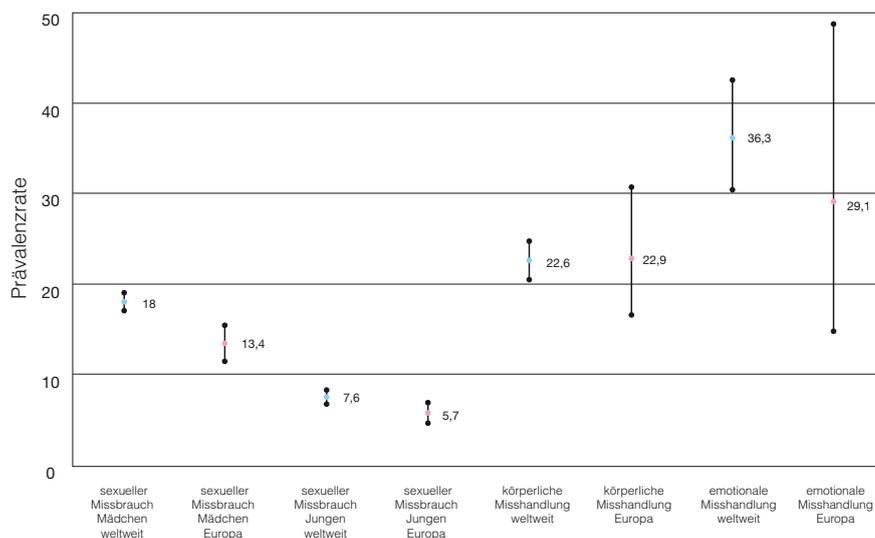


Abbildung 1: Vergleich europäischer und globaler Prävalenzangaben mit 85%-Konfidenzintervallen für sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung (Sethi et al. 2013, S.18).

grundsätzlich als Hinweis zu werten. Wichtig ist hier eine gute Dokumentati-on, damit Diskrepanzen auffallen.

Bei Misshandlungen ist eine zeitlich verzögerte ärztliche Vorstellung nicht ungewöhnlich, bei unfallbedingten Verletzungen gibt es diese in der Regel nicht. Die Vorstellung dieser Kinder in

traumatologischen Ambulanzen aufgrund von Verletzungen erfolgt oftmals nachts oder an Wochenenden. Bei der Erklärung zum Verletzungsgeschehen werden häufig Ausreden, wie z.B. Sturz vom Wickeltisch, Treppensturz, verwendet oder dem Kind selbst („ungeschicktes Kind“) oder den Geschwistern die

Schuld zugeschoben (Schünemann & Ahne 2016).

Ebenso können ein gehäufter, nicht plausibel erklärbarer Arztwechsel (so-genanntes „Doctor hopping“) sowie das häufige Verschieben von Impf- oder Vor-sorgeterminen Hinweis auf eine Miss-handlung sein (Schünemann & Ahne 2016). Die nachfolgende Tabelle 2 führt Verletzungsarten und -lokalisationen auf, die Hinweise für eine körperliche Kindesmisshandlung sein können.

Bei Verletzungslokalisationen kann grundsätzlich unterschieden werden zwischen sturztypischen und misshand-lungsverdächtigen Lokalisationen von Verletzungen. Sturztypische Verletzun-gen sind lokalisiert an: Stirn, Jochbein, Nase, Kinn, Ellbogen, Beckenkamm, Knie, Schienbein. Misshandlungsverdächtige Verletzungen finden sich an: Hals, Nacken, Brust, Rücken, Bauch, Gesäß und Extremitäteninnenseiten (Lips 2011).

Bei der körperlichen Untersuchung ist es wichtig, auch verdeckte Stellen, wie die Lippen (auch Innenseite), Zungen-bändchen, Gaumen, Hinterohrregion und behaarte Kopfhaut, zu achten.

Nachfolgend werden Misshandlungsbe-funde beschrieben (Ahne & Pollak 2016):

Tabelle 1: Risikokonstellationen in Bezug auf das Vorkommen von Kindesmisshandlung (Plener & Fegert 2016).

Risikokonstellationen in Bezug auf das Vorkommen von Kindesmisshandlung

In Bezug auf das Kind:

- <4 Jahre oder in der Adoleszenz
- ungewolltes Kind
- Kinder, die die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen
- Kinder mit Behinderung oder Verhaltensauffälligkeiten

In Bezug auf die Sorgeberechtigten:

- Bindungsprobleme im Verhältnis zum Kind
- Eigene Vorgeschichte von Kindesmisshandlung
- Instabile konflikthafte Paarbeziehung
- Auseinanderbrechen der Familie oder Gewalt zwischen anderen Familienmitgliedern
- Psychische oder Suchterkrankung
- Fehlendes Wissen um Entwicklung in der Kindheit oder unrealistische Erwartungshaltungen an das Kind
- Teilnahme an kriminellen Handlungen
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Soziale Isolation der Familien
- Zusammenbrechen der Unterstützung durch die erweiterte Familie beim Aufziehen der Kinder

In Bezug auf das soziale Umfeld und die Gesellschaft:

- Geschlechts- und soziale Ungleichheiten
- Fehlen eines adäquaten Wohnumfeldes oder fehlende Angebote um Familie zu unterstützen
- Hohe Raten an Arbeitslosigkeit oder Armut
- Einfacher Zugang zu Alkohol oder Drogen
- Mangelhafte Vorschriften und Programme zur Prävention von Kindesmisshandlungen, Kinderpornografie, Kinderprosti-tution und Kinderarbeit
- Soziale und kulturelle Normen, die Gewalt gegen andere glorifizieren, körperliche Züchtigung unterstützen, rigide Ge-schlechterrollen vertreten oder den Status von Kindern in Eltern-Kind-Beziehungen herabwürdigen
- Soziale, ökonomische Gesundheits- oder Erziehungsbedingungen, die zu schlechtem Lebensstandard, sozioökonomischer Ungleichheit oder Instabilität führen

- Jede Verletzung bei immobilen Kleinkindern inklusive Hämatome, Verletzungen im Mund, Knochenbrüche und intrakranielle oder abdominelle Verletzungen
- Verletzungen an multiplen Organsystemen
- Verschiedene Verletzungen in verschiedenen Phasen der Heilung
- Musterförmige Verletzungen
- Verletzungen an Strukturen, die nicht über Knochen liegen oder an anderen ungewöhnlichen Lokalisationen, wie etwa auf dem Torso, den Ohren, dem Gesicht, dem Nacken oder den Oberarmen

Tabelle 3: Auf eine körperliche Kindesmisshandlung hinweisende Verletzungsarten und –lokalisationen (Schünemann & Ahne 2016)

- **Hautrötungen** sind meist nur wenige Stunden sichtbar und bilden die Konturen des Schlagwerkzeugs oder die Fingerzwischenräume ab.
- **Hämatome** sind korrespondierende Hauteinblutungen, die durch die Vertiefungen des auftreffenden Gegenstandes entstehen. Die Schätzung des Alters anhand der Farbe des Hämatoms ist nur schwer möglich. Nach einem stumpfen Trauma können Hämatome zeitverzögert auftreten – Rötung, Schwellung oder Druckschmerzhaftigkeit der betroffenen Region sind frühere Hinweiszeichen. Durch direkte Gewalteinwirkung gegen die Augenpartie oder durch eine sekundäre Ausbreitung des Blutes, z.B. bei Fraktur der Augenhöhle (Orbitadach), können sich Monokel- und Brillenhämatome bilden.
- **Bei Hautabschürfungen** (Exkoriationen) prägt sich der auftreffende Gegenstand (bzw. seine Kontur) oft formgebend ab (z.B. Gürtelschnalle oder Ring an der Schlaghand).
- **Rissquetschwunden** können an Körperstellen mit einem knöchernen Widerlager bei stumpfer Traumatisierung auftreten. Die Wundränder sind meist geschürft und unregelmäßig. Typische Lokalisationen sind Augenbrauen, Stirn, Nasenwurzel, Jochbein-gegend, behaarte Kopfhaut, Kinn und Lippeninnenseite.
- Bei einer Misshandlung durch Hitzeexposition handelt es sich häufiger um **Verbrühungen**, seltener um **Verbrennungen**. Die Verbrühungen werden am häufigsten durch Eintauchen in heiße Flüssigkeit verursacht – typisch ist die „Handschuh-“ oder „Sockenform“ der Verbrühung. Lokalisationen sind meist die Extremitäten und die Gesäßregion. Verbrennungen, die nicht von einem Unfall stammen (nicht-akzidentell), entstehen meist durch den Kontakt mit einem hei-

ßen Gegenstand (z.B. Zigarettenglut, Bügeleisen), die Lokalisationen sind meist Rücken, Schultern, Unterarme, Handrücken und Gesäßregion.

Eine **Sonderform** der körperlichen Kindesmisshandlung ist das Schütteltrauma-Syndrom. Beim Schütteltraumasyndrom handelt es sich um eine durch gewaltsames Schütteln des Kindes verursachte Hirnverletzung. Die Folge sind oft schwere, prognostisch ungünstige diffuse Hirnschäden. Betroffen sind meist Kinder im 1. Lebensjahr („Schrei-Alter“), Jungen häufiger als Mädchen. Die Symptomatik ist abhängig vom Schweregrad der Verletzung des Gehirns. Auftreten können Irritabilität, Berührungsempfindlichkeit, Muskelhypotonie, Apathie, Temperaturregulationsstörungen, Trinkschwäche und Erbrechen, Benommenheit (Somnolenz), zerebrale Krampfanfälle, Hirndruckzeichen, Unterschreitung der alterstypischen Herzfrequenz (Bradykardie) und Koma (Barthels 2016).

Bei einem akuten, schweren Schütteltrauma mit bedeutsamen Folgeschäden tritt immer eine sofortige neurologische Symptomatik auf (Barthels 2016).

Vernachlässigung

Definition: Unter Vernachlässigung versteht man „Andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das, für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar, zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet.“ (Kindler 2006).

Bei der Einteilung der Vernachlässigung kann unterschieden werden zwischen aktiver und passiver Vernachlässigung.

Hier wird jeweils unterteilt zwischen unterlassener Fürsorge und unterlassener Beaufsichtigung (Stietenroth et al. 2016).

Aktive Vernachlässigung meint die wissentliche Verweigerung von Fürsorge und Beaufsichtigung durch Unterlassungen bei der täglichen Versorgung und Pflege und dem Nicht-Wahrnehmen der altersentsprechenden kindlichen Bedürfnisse. Ursache sind „Haltungen der Sorgeberechtigten, die sich auf Traditionen, extreme Überzeugungen oder alternative Lebenskonzepte stützen“ (Stietenroth et al. 2016, S. 5). Die passive Vernachlässigung ist die häufigere Form. Ursachen sind hier Nichtwissen, mangelnde Einsicht und eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten der Sorgeberechtigten (z. B. bei suchtkranken Eltern, häufig kein stabiler Tagesrhythmus etc.).

Die Abgrenzung zwischen Vernachlässigung und ungünstigem Fürsorge- und Erziehungsverhalten ist manchmal schwierig zu ziehen.

Die unterlassene Fürsorge umfasst vier Aspekte (Stietenroth et al. 2016):

- **Physische Vernachlässigung:** Unterlassung der Befriedigung physischer Bedürfnisse wie Ernährung, Kleidung und Hygiene
- **Medizinische Vernachlässigung:** z.B. nichtadäquates Verhalten und Hilfe bei Krankheiten, Nichtwahrnehmen von Vorsorge
- **Erzieherische Vernachlässigung:** z.B. Unterlassen von entwicklungsfördernden Angeboten, Zulassen eines altersunangemessenen Medienkonsums
- **Emotionale Vernachlässigung:** z.B. Mangel an emotionaler Zuwendung, sprachlicher Interaktion und liebevollem Körperkontakt

Die Abgrenzung zwischen emotionaler Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung kann schwierig sein – es gibt eine Schnittmenge. Emotionale Misshandlung umfasst z.B. Terrorisieren, Einsperren, Isolieren, Unterbinden von Sozialkontakten, Herabsetzen und fehlende Wertschätzung der Persönlichkeit (Stietenroth et al. 2016).

Unter unterlassener Beaufsichtigung wird eine unzureichende Beaufsichtigung und das Aussetzen einer gewalttätigen Umgebung oder einer gefährlichen oder altersentsprechend nicht förderlichen Situation verstanden (Stietenroth et al. 2016).

Sexueller Missbrauch

„Sexueller Missbrauch [...] umfasst ein breites Spektrum verschiedenster sexueller Übergriffe zu denen sowohl invasive, penetrierende Gewalt [...] zählt, als auch nicht invasive Handlungen ohne Körperkontakt.“ (Hermann 2016, S. 3).

Es gibt keine spezifischen Symptome, die auf einen sexuellen Missbrauch hindeuten. Abgesehen von Verletzungen, die möglicherweise unmittelbar nach einem sexuellen Übergriff feststellbar wären, gibt es keine Möglichkeit, mit hinreichender Sicherheit von Symptomen oder Beobachtungen auf einen sexuellen Missbrauch zu schließen. Einen Nachweis kann in der Regel allein eine entsprechende Aussage eines Kindes bzw. Jugendlichen bringen (Goldbeck 2015).

Aufgrund dessen, dass die meisten Vorstellungen zur medizinischen Untersuchung mit großem zeitlichem Abstand zum letzten Missbrauchereignis erfolgen und der ausgeprägten, raschen und oft vollständigen Heilfähigkeit anogenitaler Gewebe zeigen sich bei der überwiegenden Mehrzahl sexuell missbrauchter Kinder und Jugendlicher (mit oder ohne Penetration) keine auffälligen anogenitalen Befunde! (Herrmann 2016)

Studien zeigen, dass es nach sexuellem Missbrauch gehäuft zu posttraumatischen Belastungsstörungen sowie zu weiteren chronischen, komplexen Störungen kommt, die das psychosoziale Funktionsniveau der Opfer teilweise erheblich einschränken. Die Störungen können bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben (Goldbeck 2015).

Handeln

Leitlinien zum Kinderschutz

In Deutschland gibt es derzeit keine gültige Leitlinie zum Kinderschutz. Diese wird momentan mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch eine Arbeitsgruppe der Universitätskinderklinik in Bonn im Kontext der DG KiM, Deutschen Gesellschaft Kinderschutz in der Medizin (<http://www.ag-kim.de/>), erstellt, das geplante Bereitstellungsdatum ist der 31. Dezember 2017. Es gibt verschiedene internationale und nationale Leitlinien, die Handlungsempfehlungen zum Vorgehen im Kinderschutzfall geben und sich mit der Thematik auseinandersetzen. Diese weisen große Überschneidungen hinsichtlich der Empfehlungen zur Diagnostik und zu den Risikofaktoren

auf, die Empfehlungen zum Vorgehen im Kinderschutzfall unterscheiden sich aber mitunter aufgrund der rechtlich verschiedenen Rahmenbedingungen (Plener & Fegert 2016).

Beitrag und Funktion von Pflegekräften in Kinderschutzfällen

Im Bereich Kinderschutz nehmen Pflegekräfte aufgrund ihrer Arbeit sowie des direkten und zeitintensiven Kontaktes mit den Familien und Kindern eine wichtige Rolle ein. Aufgabe der Pflegekräfte ist die gezielte Beobachtung des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion (insbesondere im Verdachtsfall) und die Weitergabe und Dokumentation von Hinweisen (Holoch & Frese 2016).

Bei einem Verdacht sind zunächst der Stations- und Oberarzt und anschließend, soweit vorhanden, die lokale Kinderschutzgruppe zu informieren. Die Situation muss so genau und umfassend wie möglich dokumentiert werden. Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung darf die Dokumentation hierzu abseits der Krankenakte, nicht zugänglich für die Eltern, abgelegt werden (Holoch & Frese 2016).

Rechtliche Grundlagen

Die Schweigepflicht

Pflegekräfte haben gemäß § 203 StGB eine Schweigepflicht. Diese gilt primär auch in einem Kinderschutzfall (Kliemann 2016). Diese ist allerdings keine absolute Pflicht, sondern durch Offenbarungsbefugnisse zu einem bestimmten Zweck unter bestimmten Voraussetzungen gelockert, welche in der Regel die wirksame Einwilligung der Patienten in die Weitergabe solcher Informationen darstellt.

Für die Datenweitergabe in Fällen von Kindeswohlgefährdung wurde innerhalb des „Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG, „Bundeskinderschutzgesetz“) durch den § 4 „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ eine spezifische Regelung geschaffen.

Vorgehen in einem Fall von Kindeswohlgefährdung entsprechend der Regelung im Bundeskinderschutzgesetz (Fegert et al. 2016b):

➤ **Schritt 1:** Prüfung der eigenen fachlichen Mittel zur Gefährdungsabwehr und Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen bei den Personensorgeberechtigten

➤ **Schritt 2:** Inanspruchnahme einer externen Unterstützung bei der Güterabwägung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft

➤ **Schritt 3:** Befugnis zur Mitteilung an das Jugendamt, wenn die Personensorgeberechtigten nicht bereit oder nicht in der Lage sind, an der Gefährdungseinschätzung oder Abwendung der Gefährdung mitzuwirken oder das Tätigwerden des Jugendamts zur Gefahrenabwendung als erforderlich angesehen wird

Definition Kindeswohlgefährdung:

Eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt. (Urteil des BGH 1956)

Hinweis: Kindeswohlgefährdung ist immer eine Prognosefrage und hängt nicht allein vom Ausmaß der Befunde ab (Fegert 2016).

Aufgaben von Jugendamt und Familiengericht bei Kindeswohlgefährdung

Das Jugendamt muss alle ihm zugetragenen Informationen in Bezug auf eine Kindeswohlgefährdung sorgfältig überprüfen. Beim Vorliegen von konkreten Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung ist es verpflichtet, Maßnahmen zum Schutz des Kindes/Jugendlichen einzuleiten. In akuten Krisensituationen und auf Wunsch des betroffenen Kindes/Jugendlichen hat das Jugendamt das Recht, das Kind/den Jugendlichen in Obhut zu nehmen, das heißt, es vorläufig bei einer geeigneten Person bzw. in einer geeigneten Einrichtung unterzubringen (§ 42 SGB VIII). Das Jugendamt hat bei Widerspruch der Sorgeberechtigten gegen die Inobhutnahme eine Entscheidung des Familiengerichts herbeizuführen (§ 8a Abs. 2 SGB VIII).

Wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen, die Eltern bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos aber nicht mitwirken oder nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, kann das Jugendamt das Familiengericht anrufen (§8a SGB VIII), und dieses muss die geeigneten Maßnahmen hierzu treffen (§1666 BGB). Für das Familiengericht gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, das heißt, dieses muss Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung von Amts wegen nachgehen und die erforderlichen

Ermittlungen einleiten. Aufgabe des Familiengerichts ist es, mit den Eltern und ggf. auch mit dem Kind zu erörtern, wie einer möglichen Kindeswohlgefährdung, insbesondere durch öffentliche Hilfen entgegengetreten werden kann. Außerdem sollen die Folgen der Nichtannahme notwendiger Hilfen verdeutlicht werden. (§157 FamFG). Gemäß §1666 Abs.3 BGB können auch, im Verhältnis zum Sorgerechtsentzug, niederschwelligere Maßnahmen wie konkrete Gebote, öffentliche Hilfen, z.B. Leistungen der Frühförderung, in Anspruch genommen und richterliche Verbote verhängt werden (Fegert et al. 2016a).

Strafrechtliche Regelungen

Bei der Einordnung von Sexualstraftaten sind Schutzaltersgrenzen relevant: Kind ist jede Person bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs, Jugendliche sind alle Menschen ab dem Alter von 14 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Gemäß §176 StGB steht jeder sexualbezogene Umgang mit Kindern unter Strafe.

Bei Misshandlungs- und Missbrauchstaten handelt es sich in nahezu allen Fällen um sogenannte Offizialdelikte, d.h. es gilt ein Ermittlungszwang. Eine Anzeige kann nicht mehr zurückgezogen werden, eine Einstellung des Verfahrens erst durch die Staatsanwaltschaft erfolgen. Aufgrund der hohen Belastung, die auf ein Kind oder einen Jugendlichen im Fall eines Prozesses möglicherweise zukommen kann, sollte genau überlegt werden, ob eine Strafanzeige gestellt wird (Kliemann 2016).

Fazit

Angehörige der Pflege- und Heil-/Hilfsberufe haben im Kinderschutz eine hohe Bedeutung. Sie haben oft im Rahmen der stationären und teilstationären Behandlung den meisten direkten Kontakt mit den Kindern und sind deshalb auch privilegierte Ansprechpartner, wenn sich Kinder einer erwachsenen Person anvertrauen wollen. Auch wenn es z.B. im Rahmen einer Kinderschutzgruppe erfahrenere Gesprächspartner geben würde, wählen sich Kinder spontan oft gerade Krankenpflegeschüler oder die Praktikantin als Vertrauensperson, weil hier der hierarchische Abstand nicht so groß erscheint. Eine gute Abstimmung und Kommunikation ist deshalb wichtig. Schon vor vielen Jahren konnte mit einer DFG-geförderten Untersuchung

Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – Ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“

Das Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin (com.can), angesiedelt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm hat im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projektes den Auftrag erhalten, einen Online-Kurs für medizinisch-therapeutische Berufe zu entwickeln und zu evaluieren. Thema des Kurses sind die Epidemiologie und Diagnostik der Misshandlungsformen, die aktuelle Rechtslage sowie internationale Leitlinien. Der Kurs umfasst ca. 30 Stunden und wird bei der „Freiwilligen Registrierung beruflich Pflegenden“ zur Zertifizierung eingereicht. Sollten Sie Interesse haben, die Entwicklung des Online-Kurses als Testperson zu unterstützen, können Sie sich auf der Website <https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de/> in eine Interessentenliste eintragen. Der nächste Testkurs startet voraussichtlich im Mai 2017. Die Kursteilnahme ist kostenlos.

am Haunerschen Kinderspital in München gezeigt werden, wie wichtig die Wahrnehmung von Kinderschutzfällen durch das Pflegepersonal ist. Allein durch die Einführung einer systematischen Beobachtung in Bezug auf Vernachlässigungs- oder Misshandlungsverdacht beim Pflegepersonal stieg auch die ärztliche Wahrnehmung und Fallbearbeitung. Leider sank diese nach Abschluss des Projekts wieder ab. Die Studie wurde an der Universitätskinderklinik in Freiburg von Frau Berger-Sallowitz mit gleichem Ergebnis repliziert. Dies bedeutet,

dass Pflegekräfte als Garanten für das Kindeswohl eine wichtige Aufgabe erfüllen (Frank et al. 1999).

Ist die Pflege hier aufmerksam, verfolgt sie die während der Pflegehandlungen entstandenen Eindrücke und nimmt das Anvertraute ernst, so kann der Kinderschutz in seiner Qualität allgemein verbessert werden. Gerade deshalb war es dem Bundesministerium für Gesundheit wichtig, dass an einem unter seiner Förderung entstehenden Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin – Ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“ auch Pflegekräfte teilnehmen. <<

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Seine Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Kindesmisshandlung, frühe Hilfen und sozialrechtliche sowie forensische Fragen.
Ulrike Hoffmann war viele Jahre als Krankenschwester tätig. Nach einem Studium der Sozialwissenschaften arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in verschiedenen E-Learning-Projekten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm.
Kontakt: Ulrike.Hoffmann@uniklinik-ulm.de
Anna Maier hat Soziologie und Public Health studiert und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Sie hat bisher in verschiedenen gesundheitssoziologischen Projekten gearbeitet.
Kontakt: Anna.Maier@uniklinik-ulm.de

Zusammenfassung

Kindesmisshandlung ist ein Problem von beträchtlicher Häufigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegekräfte in ihrem Berufsalltag mit misshandelten Kindern in Kontakt kommen ist deshalb hoch. Durch den intensiven Kontakt mit Kindern und ihren Eltern nehmen Pflegekräfte beim Erkennen von Kindesmisshandlung eine wichtige Rolle ein. Um diese Aufgabe zu erfüllen ist es wichtig, Risikokonstellationen und Anzeichen für eine mögliche Kindesmisshandlung zu kennen. Die Aufgabe der Pflegekraft bei einem (Verdachts-)Fall von Kindesmisshandlung ist die genaue Beobachtung und die Weitergabe und Dokumentation von Hinweiszeichen.

Schlüsselwörter: *Kindesmisshandlung, Kinderschutz, Weiterbildung*

> Herausforderung für die Kinderkrankenpflege

Schmerzmanagement bei Kindern und Jugendlichen

BERNADETTE BÄCHLE-HELDE



Foto: FotoBar/Fotolia

Lange Zeit wurden Schmerzen in der Kinderheilkunde unterschätzt. Noch bis Mitte des 20. Jahrhunderts dachte man, dass Säuglinge und insbesondere Frühgeborene kein Schmerzempfinden haben und sich dies erst im Laufe des Wachstums entwickelt. Erst nach und nach hat sich auch in der Pädiatrie eine adäquate Schmerztherapie durchgesetzt. Aber noch immer gibt es Bereiche wie Beschneidungen oder andere Riten, die in manchen Traditionen und Kulturen teilweise ohne Schmerzmittel oder Narkose durchgeführt werden. Mittlerweile belegen wissenschaftliche Untersuchungen, dass schon Frühgeborene Schmerzen empfinden können (Anand 1993; Stevens 1999; Sandkühler & Lee 2013).

Schmerz kann sich auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren und äußerst sich durch verschiedene Verhaltensweisen, insbesondere bei Kindern. Das Kind verändert die Mimik oder ist unruhig. Weitere Reaktionen sind reflexartige Wegzieh-Bewegungen. Auch Lautäußerungen können Ausdruck eines Schmerzes sein. Es erfordert eine spezielle Beobachtungsgabe und Schulung, um festzustellen, ob Säuglinge, Kleinkinder und auch größere Kinder unter Schmer-

zen leiden. Zur Objektivierung wurden in den letzten Jahren und Jahrzehnten verschiedene Schmerzerfassungsinstrumente entwickelt und wissenschaftlich überprüft. Die, die sich inzwischen im Alltag bewährt haben, werden hier vorgestellt. Unerlässlich ist aber weiter die Rolle der Pflegenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: Sie sind besonders geschult, haben den richtigen Blick – und können sich den Herausforderungen stellen.

Besondere Herausforderung der Schmerzerfassung

Die Schmerzzeichen in der Kinderheilkunde sind insbesondere bei kleinen Kindern sehr unspezifisch. Säuglinge sind zappelig, Kleinkinder weinerlich oder trotzig, während Schulkinder über konfuse Schmerzen am ganzen Körper klagen oder einfach ständiges Bauchweh haben. Dabei ist oft unklar, ob das Kind Angst, Heimweh, Schulprobleme oder einfach nur Hunger hat. Diese Schwierigkeit beruht auf den fehlenden kognitiven Fähigkeiten und der Unreife des Nervensystems der Kinder – je jünger das Kind, umso ausgeprägter. Zudem besitzen Kinder noch kein gutes Bild von ihrem eigenen Körperschema. Zusätzlich erschwert die große emotionale Belastung durch einen Krankenhausaufenthalt oder eine medizinische Untersuchung die genaue Schmerzerfassung.

Die Fähigkeit einer guten Beobachtung der Pflegenden hat hier eine besondere Bedeutung. Es gibt verschiedene Schmerzerfassungsinstrumente in der Pädiatrie, die zur Objektivierung der Schmerzzeichen beitragen.

Schmerzerfassungsinstrumente

Im Folgenden werden Instrumente vorgestellt, die sich in der Praxis gut bewährt und etabliert haben. Je nach Alter und auch je nach Krankheitsbild sind unterschiedliche Instrumente erforderlich.

Berner Schmerzscore

Für den Früh- und Neugeborenenbereich eignet sich sehr gut der Berner Schmerzscore (Tab. 1), der von der Schweizer Pflegewissenschaftlerin Eva Cignacco (2001) entwickelt wurde. Er enthält die Parameter Schlaf, Weinen, Beruhigung, Hautfarbe, Gesichtsmimik, Körperausdruck, Atmung, Herzfrequenz sowie Sauerstoffsättigung und kann mit Punkten von 0 bis 3 eingestuft werden (Cignacco 2001).

Parameter	0	1	2	3	Score
Subjektive Faktoren					
Schlaf	Ruhiger Schlaf oder Phase physiologischer Wachheit	Oberflächlicher Schlaf mit Augenblinzeln	Erwacht spontan	Kann nicht einschlafen	
Weinen	Kein Weinen	Kurze Weinphase (weniger als 2 Minuten)	Vermehrtes Weinen (mehr als 2 Minuten)	Vermehrtes und schrilles Weinen (mehr als 2 Minuten)	
Beruhigung	Keine Beruhigung notwendig	Weniger als 1 Minute zur Beruhigung	Mehr als 1 Minute zur Beruhigung	Mehr als 2 Minuten zur Beruhigung	
Hautfarbe	Rosig	Gerötet	Leicht blass evtl. marmoriert	Blass, marmoriert, zyanotisch	
Gesichtsmimik	Gesicht entspannt	Vorübergehendes Verkneifen des Gesichts	Vermehrtes Verkneifen des Gesichts und Zittern des Kinns	Dauerhaftes Verkneifen des Gesichts und Zittern des Kinns	
Körperausdruck	Körper entspannt	Vorwiegend entspannt, kurze Verkrampfung	Häufige Verkrampfung, aber auch Entspannung möglich	Permanente Verkrampfung	
Atmung	Normal und ruhig (Ausgangswert)	Oberflächlich. Zunahme der Frequenz um 10 bis 14 Atemzüge innerhalb von 2 Minuten und/oder thorakale Einziehungen.	Oberflächlich. Zunahme der Frequenz um 15 bis 19 Atemzüge innerhalb von 2 Minuten. Vermehrt thorakale Einziehungen	Oberflächlich und unregelmässig. Deutliche Zunahme der Frequenz um ≥ 20 innerhalb von 2 Minuten und/oder starke thorakale Einziehungen	
Kein Schmerz: 0-8 Punkte Schmerz: >8 Punkte				Summe Subjektive Indikatoren	
Objektive Faktoren					
Herzfrequenz	Normal (Ausgangswert)	Zunahme von ≥ 20 bpm vom Ausgangswert, mit Rückgang zum Ausgangswert innerhalb von 2 Minuten	Zunahme von ≥ 20 bpm vom Ausgangswert, ohne Rückgang zum Ausgangswert innerhalb von 2 Minuten	Zunahme von ≥ 30 bpm vom Ausgangswert oder vermehrte Bradykardien innerhalb von 2 Minuten	
Sauerstoffsättigung	Senkung von 0% bis 1,9%	Senkung von 2% bis 2,9%	Senkung von 3% bis 4,9%	Senkung von 5% und mehr	
Kein Schmerz: 0-10 Punkte Schmerz: >10 Punkte				Summe Gesamtskala	

Tabelle 1: Berner Schmerzscore

Der Score ist vor allem bei beatmeten Früh- und Neugeborenen einsetzbar und wird vorwiegend auf neonatologischen Intensivstationen genutzt.

KUSS – Kindliche Unbehagen- und Schmerzskala nach Büttner (2000)

Diese Skala ist geeignet zur postoperativen Schmerzmessung für Neugeborene und Kinder bis zu 4 Jahren (Tab. 2). Sie beinhaltet fünf Kategorien: Weinen, Gesichtsausdruck, Rumpfhaltung, Beinhaltung und motorische Unruhe. Wissenschaftlich überprüft wurde sie für postoperative Schmerzen.

Für jeden Punkt ist nur eine Aussage zulässig. Die Dauer der Beobachtung beträgt 15 Sekunden und es können max.

10 Punkte erreicht werden, wobei der Cutt-Off-Punkt bei 4 liegt. Das bedeutet, wenn ein Kind vier Punkte erreicht, muss eine Schmerztherapie eingeleitet werden. Mit steigender Punktzahl nimmt die Dringlichkeit zu (Büttner 2000).

Gesichterskala nach Hicks für Kinder ab 4 Jahren

Die Faces Pain Scale nach Hicks (2001) ist eine Selbsteinschätzungsskala, die schon bei Kindern ab 4 Jahren anwendbar ist (Abb. 1). Hierbei wird die Skala mit den darauf abgebildeten Gesichtern dem Kind gezeigt: Es zeigt auf das Gesicht, das seine Schmerzen am besten widerspiegelt.

Die Skala sollte so erklärt werden: „Diese Gesichter zeigen, wie weh etwas tun kann/wie sehr etwas schmerzen kann. Zeig mir mal das Gesicht, das am besten zeigt, wie sehr es Dir gerade wehtut/wie stark deine Schmerzen gerade sind.“ Geeignet sind Formulierungen wie „weh tun“ oder „schmerzen“, je nachdem was zu dem jeweiligen Kind am besten zu passen scheint. Worte wie „glücklich“ und „traurig“ sollen vermieden werden.

Vergeben Sie die Punkte 0, 2, 4, 6, 8 oder 10 für die Gesichter von links nach rechts, so dass „0“ = „kein Schmerz“ und „10“ = „sehr starker Schmerz“ bedeutet. Der Schnittpunkt liegt wie schon bei der KUSS-Skala bei 4. Das ist der Punkt, an

dem die medikamentöse Schmerztherapie beginnt.

Die Gesichterskala nach Hicks mit den Anleitungen gibt es auch in verschiedenen Sprachen unter www.iasp-pain.org/Education.

Selbsteinschätzung für ältere Kinder

Die eindimensionalen Schmerzerfassungsinstrumente wie die Numerische Rating-Skala (NRS), die Visuelle Analogskala (VAS) und die Verbale Rating-Skala (VRS) können ab einem Alter von ca. 8 Jahren eingesetzt werden und sind auch für Jugendliche und Erwachsene geeignet (Abb. 2, Tab. 3). Bei der Verbale Rating-Skala (VRS) wird ganz einfach nach der Schmerzeinschätzung in Zahlen gefragt. Der Patient soll auf einer Skala von 0 bis 10 einschätzen, wie stark die Schmerzintensität ist. 0 bedeutet gar kein Schmerz, 10 ist der stärkste Schmerz. Die VRS ist sehr gut einsetzbar bei größeren Kindern ab ca. 8 Jahren und bei Jugendlichen.

Zur Unterstützung können die Zahlen von 1 bis 10 auch grafisch vorgelegt werden, dann kann der Patient zeigen, „an welcher Stelle“ sein Schmerz sich befindet. Das ist dann die Numerische Rating Skala (Bächle-Helde 2012).

Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten Patienten

Besonders schwierig ist die Einschätzung von Schmerzen bei Kindern mit Behinderungen oder Patienten, die sich verbal nicht äußern können. Die NCCPC-R (Non-Communicating Children´s Pain Checklist, Breau et al. 2001) ist ein Instrument zur Messung von Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen, die ihren Schmerz weder verbal noch mit Mimik oder Gestik bewusst äußern können. Die Schmerzerfassung mit diesem Instrument erfolgt über eine Zeitspanne von zwei Stunden. Das Schmerzerfassungsinstrument ist in die verschiedenen Verhaltensweisen unterteilt:

Beobachtung	Bewertung	Punkte
Weinen	Gar nicht	0
	Stöhnen, Jammern, Wimmern	1
	Schreien	2
Gesichtsausdruck	Entspannt, lächelt	0
	Mund verzerrt	1
	Mund und Augen grimassiert	2
Rumpfhaltung	Neutral	0
	Unstet	1
	Aufbäumen, Krümmen	2
Beinhaltung	Neutral	0
	Strampelnd, tretend	1
	An den Körper gezogen	2
Motorische Unruhe	Nicht vorhanden	0
	Mäßig	1
	Ruhelos	2

Summe

Tabelle 2: KUSS nach Büttner (2000)

- verbal
- Beziehung und Kontakt
- Gesichtsausdruck
- Aktivität
- Haltung Körper und Extremitäten
- physiologische Zeichen
- Essen/Schlafen

Die Schmerzstärke und ihr Verlauf sind mit Hinblick auf die Gesamtsituation des Kindes/des Jugendlichen zu interpretieren. Die schmerztherapeutischen Maßnahmen werden daran ausgerichtet. Jede Schmerzsituation eines behinderten Kindes oder eines Jugendlichen muss individuell beobachtet und interpretiert werden. Auch die Therapie muss individuell sein (Kleinknecht 2007).

Schmerz-Tagebücher bei chronischen Schmerzen

Die Aufzeichnung von Schmerzverläufen ist insbesondere bei immer wiederkehrenden und chronischen Schmerzen

sehr sinnvoll. Notwendig ist auf jeden Fall eine medizinische Abklärung, um mögliche organische Gründe herauszufinden. Gerade in der Kinderheilkunde gibt es immer Patienten, die über regelmäßige, wiederkehrende Bauchschmerzen klagen – aber auch Kopfschmerzen und sogar Migräne im Kindesalter sind nichts Ungewöhnliches. Durch das regelmäßige Führen von Tagebüchern können mögliche Zusammenhänge zum Beispiel mit Stresssituationen entdeckt werden. Wichtig ist hierbei, das Kind und die Familie gut zu schulen, um die Motivation ein Tagebuch zu führen, zu erhöhen (Wager et al. 2015).

Die Schlüsselrolle der Pflege

Eine besondere Rolle haben die Pflegenden in der Schmerzbeurteilung bei Kindern. In der Regel sind sie diejenigen, die neben den Eltern bzw. anderen Familienmitgliedern am nächsten am Kind

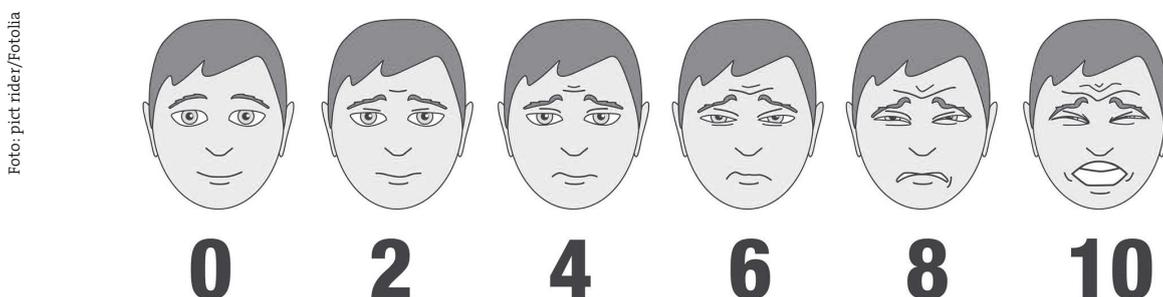


Abbildung 1: Gesichterskala entsprechend Hicks (2001)

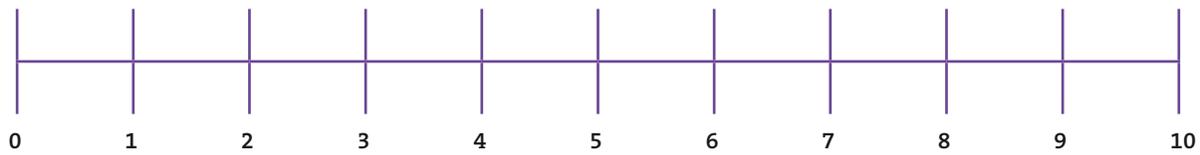


Abbildung 2: Numerische Rating-Skala

kein Schmerz	leichte Schmerzen	mittelstarke Schmerzen	starke Schmerzen	sehr starke Schmerzen
0-1	2-3	4-5	6-7	8-10

Tabelle 3: Verbale Rating-Skala

sind und es gut beobachten können. Durch den kontinuierlichen Kontakt zur Familie können sie die Situation sehr gut einschätzen, Zusammenhänge erkennen und sind oft Vermittler zwischen Familie und Medizinern.

Die Pflegenden nehmen neben der Schmerzerfassung mit den Instrumenten auch eine situative Einschätzung vor: Wie verhält sich das Kind beim Spielen? Was hat es für eine Mimik oder Bewegungsmuster? Wie ist der Kontakt zu den Eltern?

Es gibt eine Reihe von situationsunabhängigen und situationsabhängigen Einflussfaktoren, die das Schmerzerleben von Kinder beeinflussen können.

Hier einige Beispiele (Zernikow & Hechler 2015):

Situationsunabhängige Faktoren

- **Alter:** Je nach Entwicklungsphase des Kindes ist das Schmerzerleben sehr unterschiedlich ausgeprägt.
- **Kulturelle und familiäre Einflüsse:** Es gibt Familien, in denen ein Kind, wenn es hinfällt, ausgeschimpft wird („Reiß Dich zusammen!“) und andere, in denen es in den Arm genommen und getröstet wird („Das wird schon wieder“).
- **Geschlecht:** Jungen erleben einen anderen Umgang mit Schmerzen als Mädchen. Von einem Jungen wird oft erwartet, dass er Schmerzen aushält. Somit hat die Familie einen erheblichen Einfluss auf das Schmerzverhalten von Kindern.
- **Frühere Erfahrungen:** Vielleicht hat ein Kind schon Strategien entwickelt, wie es Schmerzen leichter ertragen kann – oder es überwiegt die Angst vor Schmerzen.

Situationsabhängige Faktoren:

- **Allgemeinzustand des Kindes:** Ist es schon länger krank und/oder erschöpft, dann ist es schmerzempfind-

licher als ein Kind, das in einer guten körperlichen und seelischen Verfassung ist.

- **Elterliche Ängste und Sorgen**
- **Aktuelle Gefühle:** Angst, Unsicherheit, aber auch Neugier etc. können das Schmerzerleben ebenso beeinflussen wie die Sensibilisierung aus früheren schmerzhaften Erinnerungen (z.B. bei einer Blutentnahme).

Bei einem akuten Schmerzereignis wird gerade bei Kindern das Erlebnis von Emotionen, Gedanken und äußeren Einflüssen sehr stark beeinflusst. Das subjektive Leiden ist bei vielen Kindern viel stärker als früher angenommen (Zernikow & Hechler 2015).

Deshalb ist gerade bei Kindern und Jugendlichen die Aussage von Margo McCaffery bedeutsam: „*Schmerz ist das, was der Patient als Schmerz angibt und was er als Schmerz definiert*“ (McCaffery zitiert nach DNQP 2005, S. 8).

Deutlich wird hier die Mehrdimensionalität des Schmerzgeschehens. Die Beobachtung und die Berücksichtigung des Umfelds und der Situation hat eine große Bedeutung in der Beurteilung des Schmerzempfindens bei Kindern und Jugendlichen. Die Schmerzbeobachtungsinstrumente tragen zwar zur Objektivierung des Schmerzes bei, allerdings sind auch subjektive Äußerungen des Kindes und der Bezugspersonen wesentliche Aspekte.

Die Pflegenden sind das Sprachrohr zwischen Patienten, Bezugspersonen und medizinischem Personal. Die Einleitung einer angemessenen Schmerztherapie ist eine zentrale Aufgabe der Kinderkrankenpflege. Der Einfluss der Pflegenden in der Pädiatrie auf die Verordnung einer adäquaten Schmerzmedikation beruht auf einer guten inter-

disziplinären Kommunikation mit den Kinderärzten, dem Austausch von Beobachtungen und objektiver Schmerzbeurteilung durch entwicklungsgerechte Schmerzerfassungsinstrumente.

Wirkungsweise und Nebenwirkungen der unterschiedlichen medikamentösen Therapien müssen bekannt sein und berücksichtigt werden. Entsprechend können Kind und Eltern auf Symptome der Nebenwirkungen aufmerksam gemacht werden, um die Komplikationen zu reduzieren. Eine typische Nebenwirkung ist beispielsweise Verstopfung (Obstipation), die behandelt werden sollte. Auch prophylaktisch können Abführmittel verabreicht werden. Kind und Eltern sind entsprechend zu informieren und zu beraten.

Eine besondere Bedeutung hat die Schmerzprophylaxe gerade bei schmerzhaften Eingriffen. Rechtzeitig angewandte lokalanästhesierende Salben reduzieren in Zukunft Stress und Angst vor solchen Eingriffen. Auch Interventionen wie Lagerung, Ablenkung und psychologische Unterstützung tragen zur Schmerzreduktion bei. Die eingeleiteten Interventionen sollten mithilfe der bereits erwähnten Schmerzerfassungsinstrumente überprüft werden – die ermittelten Zahlenwerte zeigen relativ rasch, welches Medikament oder welche Maßnahme zur Schmerzlinderung beigetragen hat.

Psychologische Unterstützung kann gezielt eingesetzt werden, um Angst und Stress zu lindern und damit die Aufmerksamkeit vom Schmerz wegzulenken. Dazu zählen Entspannungsübungen wie autogenes Training oder Imagination.

Bei der Imaginations-Aufgabe werden bei wachem Bewusstsein mit meist geschlossenen Augen innere Bilder mit allen Sinnen wahrgenommen, z.B. Naturbil-

der, schöne Situationen wie Urlaub und andere positive Erlebnisse. Ideal ist dabei eine besonders schöne Erfahrung wie ein interessanter Ausflug, den das Kind selbst erlebt hat. Ziel ist eine Schmerzablenkung: Das positive Erleben wird gestärkt und die Krankheitsbewältigung erleichtert. Die Imagination nutzt die Vorstellungskraft der Kinder, um den Schmerz durch angenehme Eindrücke, Bilder und Gefühle in den Hintergrund treten zu lassen. Dieses Verfahren kann bei jeglicher Art von Schmerzzuständen oder auch bei schmerzhaften Eingriffen ab dem Schulkindalter erfolgen.

Bei kleineren Kindern hilft verhaltensbezogene Ablenkung wie etwa Spielen oder Vorlesen, außerdem Atemübungen, bei denen sich die jungen Patienten auf das Atmen konzentrieren, was zum einen Ablenkung vom Schmerz bedeutet, zum anderen wird beim tiefen Einatmen der Spannungszustand der Muskulatur gesenkt, wodurch das Schmerzempfinden abnimmt. Atemübungen können als Bewältigungsstrategie bereits im Vorfeld mit dem Kind besprochen und eingeübt werden, bei Kleinkindern mithilfe von Luftballons, Windrädchen oder Seifenblasen. Das tiefe Atmen kann erlernt werden als Kombination aus tiefem Einatmen mit langem Ausatmen. Geeignet ist die Maßnahme ab dem Schulalter bei jeglicher Art von Schmerzzuständen und schmerzhaften Eingriffen wie Punktionen, Blutentnahmen und Verbandswechseln (Zernikow & Hechler 2015).

Für Frühgeborene und Neugeborene eignet sich das Abspielen von Musik. Unabhängig von der Art der Musik kann ein positiver Einfluss auf das Schmerzverhalten beobachtet werden. Die größte Schmerzreduktion wurde dabei in Kombination mit dem nichtnutritiven Saugen (Saugen ohne Nahrungsaufnahme) erzielt. Die Musikquelle sollte 30 bis 50 Zentimeter vor dem Gesichtsfeld des

Kindes platziert werden; die Lautstärke ist relativ leise und darf 40 bis 45 Dezibel nicht übersteigen (Dietrich 2014). Diese Maßnahme eignet sich auch für ältere Kinder oder Jugendliche, die dabei ihre persönliche Lieblingsmusik auswählen können. Weitere schmerzlindernde Maßnahmen bei Frühgeborenen sowie Säuglingen sind die Känguru-Pflege, das Einwickeln in Tüchern (Swaddling) sowie das Halten in Froschhaltung (Facilitated Tucking) (Stoffel 2005).

Dem kreativen Einsatz von Ablenkungsstrategien sind keine Grenzen gesetzt, wenn sie individuell zum Kind passen.

Zu nichtmedikamentösen Maßnahmen zählen auch Einreiben, Wickel und Auflagen. Gerade durch Massagen mit speziellen Schmerzölen, aber auch der normalen Pflegelotion des Kindes, kann eine Linderung erzielt werden – insbesondere Baucheinreibungen bei Bauchkrämpfen. Viele Kinder sind auch für Fuß- und Handeinreibungen empfänglich, die sich mit einfachen Mitteln durchführen lassen.

Wickelanwendungen werden in der komplementären Schmerzbehandlung eingesetzt: bei Bauchschmerzen eine Dampfkompresse als Bauchwickel, bei Beschwerden und Verspannungen im Rücken bietet sich ein wärmendes Kirschkerneisen an.

Neben Wärme und Kälte können auch verschiedene Wirkstoffe wie ätherische Öle und Heilpflanzenextrakte verabreicht werden. Dabei sind nicht nur der lokale physikalische Effekt und die Wirkung der pflanzlichen Substanzen ausschlaggebend, sondern auch die zusätzliche, aufmerksame Zuwendung, die Berührung, die Nähe und das Ansprechen der Sinne durch angenehme Düfte und Wärme. Das Gefühl von Geborgenheit kann wesentlich zum Wohlbefinden und damit zur Schmerzlinderung beitragen (Bächle-Helde & Bühring 2013).

Fazit

Nichtmedikamentöse Schmerztherapie ist in der Kinderkrankenpflege sehr effektiv und populär. Die meisten Interventionen können mit einfachen Mitteln durchgeführt werden. Besonders wichtig für das Wohlergehen unserer jungen Patienten sind spezielle Kenntnisse, das Wissen und das Bewusstsein rund um den Schmerz bei Kindern und Jugendlichen. Dazu gehört die Sensibilität, Schmerzen geregelt zu erfassen und sich Zeit für die therapeutische, nicht-medikamentöse Schmerzlinderung zu nehmen. Die Kinderkrankenpfleger haben hier eine Schlüsselrolle, da sie oft als Sprachrohr zwischen Kindern, Eltern und dem therapeutischen Team fungieren. Dankbare und zufriedene Kinder und deren Familien sind gerade heute – bei den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen – ein wichtiger Aspekt in der Betreuung und Pflege von Kindern. Die Schmerzbehandlung ist somit nicht nur das große Ziel und die große Herausforderung, sondern auch eine Chance für die Professionalisierung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. <<



Literatur

- Anand K.J. (1993) The applied physiology of pain. In: Anand K.J. & Mc Grath P.J. (Hrsg.) Pain in neonates. Elsevier, Amsterdam S. 39-66.
- Bächle-Helde B. (2012) CNE Schwerpunkt Schmerzen bei Kindern. Wie weh tut es? JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheit- und Kinderkrankenpflege 2, S. 164-167.
- Bächle-Helde B. & Bühring U. (2013) Heilsame Wickel und Auflagen aus Heilpflanzen, Quark & Co. Ulmer, Stuttgart.
- Büttner W. & Finke W. (2000) Analysis of behavioural and physiological parameters for the Assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children. Paediatric Anaesthesia 10, S. 303-318.
- Breau L.M., Camfield C., McGrath P.J., Rosmus C., Finley G. (2001) Measuring pain accurately in children with cognitive impairments: refinement of caregiver scale. Journal of Pediatrics 138 (5), S. 721-727.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Bernadette Bächle-Helde, Kinderkrankenpflegerin, Fachweiterbildung für Onkologie, Diplom-Pflegepädagogin (FH), Pflegewissenschaft MScN
Kontakt: Bernadette.baechle@uniklinik-freiburg.de

Zusammenfassung

Lange Zeit spielte die Schmerztherapie in der Kinderheilkunde eine untergeordnete Rolle. Heute wissen wir, dass eine adäquate Schmerztherapie von großer Bedeutung ist, um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu gewährleisten. Die Rolle der Kinderkrankenpflege kommt hier besonders zum Tragen. Der geschulte Blick und die Sensibilität der Pflegenden sind notwendig, um mittels geeigneter Instrumente und der Krankenbeobachtung die Schmerzen zu erfassen. Erst dann ist es möglich, geeignete Therapien und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Schlüsselwörter: Schmerzmanagement, Schmerzerfassung, Rolle der Kinderkrankenpflege

> Erfahrungen zweier Klinikclowns

Humor in der Pflege

MARTINA SPRÖHNLE & TANJA LANDES

Wenn in der Kinderklinik der Infusionsbeutel zum Akkuladegerät umfunktioniert wird oder der Becher Johannisbeersaft das abgenommene Blut des Patienten ersetzt, dann ist Humor im Spiel. Als Klinikclowns zu arbeiten, stand nie auf unserer Wunschliste. Als lauter Hampelmann, der sich die Lacher seines Publikums über das Bloßstellen unschuldiger Zuschauer einholt, hatte sich das Bild des Clowns in unseren Köpfen festgesetzt. Dass der Clown in Wahrheit nichts damit zu tun hat, sich über das Scheitern der Anderen zu erheben, sondern vielmehr selbst als Meister des Scheiterns die Herzen der Menschen berührt, entdeckten wir dank des Zufalls.



Heute sind wir im Auftrag des Humors in Krankenhäusern, Seniorenheimen und Hospizdiensten unterwegs und schenken Patienten, Heimbewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern eine Insel der Freude und Leichtigkeit. Im Einnehmen einer humorvollen Haltung steckt ein so großes Potenzial, dass immer mehr Einrichtungen darauf zurückgreifen, sei es durch den Einsatz professioneller Klinikclowns oder in Form weiterbildender Angebote für die Mitarbeiter. Humor stellt Nähe her, denn nichts verbindet die Menschen schneller miteinander als ein gemeinsames Lachen. Er wirkt sich positiv auf den Genesungsprozess von Patienten und auf das Wohlbefinden von Pflegeheimbewohnern aus. Und: Er rückt die Unsicherheiten der Menschen in eine andere Perspektive und gibt ihnen die Sicherheit, nach der sie sich in Angesicht von Krankheit und Belastung mehr als sehnen.

Die humorvolle Haltung des Clowns

Der Clown steht für die Vitalität des unverletzten Kindes und bringt die Menschen, denen er begegnet, mit ihrer ursprünglichen Lebensfreude in Kontakt. Er begegnet seinem Gegenüber auf eine emotional „ungefilterte“, authentische und unkonventionelle Weise und schenkt ihm die Freiheit, ganz er selbst zu sein. Indem er seine eigenen Schwächen und sein Scheitern in den Vordergrund stellt, macht er Menschen Mut, ebenfalls zu ihren Schwächen zu stehen. Der Clown bewahrt sich jene Gelassenheit, die ihn nach jedem Fall wieder voller Zuversicht auf Erfolg aufstehen lässt. Gesellschaftliche Strukturen interessieren ihn nicht. Es gibt keine Tabus. Nicht einmal der bevorstehende Tod hindert ihn daran, auf ehrliche und lebendige Weise mit den Menschen in Beziehung zu treten.

So wenig wie der Clown auf seine Rolle des Hampelmanns zu reduzieren ist, so wenig begrenzt sich der Zweck des Humors auf die Erzeugung des Lachens. Vielmehr bezeichnet der Humor eine innere Haltung und entscheidet als solche maßgeblich mit, auf welche Weise der Mensch die Herausforderungen des Lebens meistert. Der Humor beschreibt die Fähigkeit, sich mit der Unvollkommenheit der Welt zu versöhnen – unabhängig davon, ob es sich dabei um die Unvollkommenheit der Umstände, Mitmenschen oder auch um die ganz persönliche Unvollkommenheit handelt. Humor schafft Versöhnung, indem er das Unliebsame weder verdrängt noch schönredet, sondern eine Brücke dazu baut, es anzunehmen. Er schafft Distanz, ohne Gleichgültigkeit walten zu lassen. Er nimmt dem Drama die Spitze, ohne sich darüber zu erheben. Humor ist der Schlüssel zu einer heiteren Gelassenheit. Das gelingt jedoch nur, wenn die Menschen ihre Umgebung tatsächlich wahrnehmen und diese Fähigkeit möglichst ausbauen. Gleichzeitig müssen sie lernen, die Perspektive zu wechseln.

Unterwegs als Klinikclowns

Einmal pro Woche sind wir als Klinikclowns „Minza und Lotti“ unterwegs, um den kleinen und großen Patienten in der SLK Kinderklinik in Heilbronn Freude und Leichtigkeit zu schenken. Immer im Gepäck haben wir Luftballons, Postkarten und unsere Instrumente. Allein unser Erscheinen, unsere bunte Kleidung und die roten Nasen zaubern den Menschen, denen wir dort begegnen, ein Lächeln ins Gesicht. Doch nicht nur das Lachen hat Priorität. Wenn wir in die

Foto: by-studio/Fotolia



Krankenzimmer kommen, ist es auch unsere Aufgabe, zu überraschen, von den oft belastenden Herausforderungen des Klinikaufenthaltes abzulenken und die Kinder, Jugendlichen und ihre Angehörigen zu berühren. Dass dabei auch einmal eine Träne fließt, ist nichts Ungewöhnliches. Leichtigkeit entsteht, wo Erleichterung stattfindet. Und so sind es oft die Eltern, denen wir mit unserem Gesang und dem Spiel auf der Ukulele einen Moment schenken, in dem sie alle Anspannung fallen lassen können.

Kurze Vorbereitung durchs Pflegepersonal

Zu Beginn unserer Visiten konzentrieren wir uns darauf, unsere Clownsfiguren mit Leben zu füllen. Wir erstellen weder einen Plan über mögliche Spielvariationen noch inszenieren wir einen Auftritt, den wir auf den Stationen zum Besten geben. Denn als Clowns führen wir nicht. Wir lassen uns führen – von den Menschen und dem Moment mit seiner Fülle an Spielmöglichkeiten. Alles, was wir tun, ist, uns hineinzubegeben in eine von Neugier und kindlicher Naivität erfüllten Art des Seins. Und auf diese Art begegnen wir den Anderen ab dem Zeitpunkt, in dem wir in unseren Kostümen die Umkleidekabine verlassen. Dabei treffen wir bereits auf viele Menschen, bevor wir überhaupt den ersten Patienten sehen – auf Pflegeschüler, Krankenhausmitarbeiter, Besucher, Ärzte. Sie alle dürfen wir anstecken mit unserer ungebändigten Freude und dem kreativen Spiel des Miteinanders. Auf den Stationen selbst führt unser erster Gang immer in das Zimmer der Stationsleitung, von der wir wichtige Informationen über die Patienten und ihre Bedürfnisse erhalten. Und hin und wieder kommen die Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger selbst in den Genuss einer musikalischen Pause. Sie leisten schließlich großartige Arbeit, und so sehen wir es auch als unsere Aufgabe an, ihren Tag mit mindestens genauso viel Freude und Leichtigkeit zu füllen wie den der Patienten.

Spiel hängt von den Patienten ab

Wenn wir dann in die Zimmer gehen, bietet uns ein kurzer Blick durch das schmale Türfenster oft die einzige Möglichkeit der Vorbereitung. Meistens warten wir dort so lange, bis die Kinder oder die Angehörigen uns sehen, und passen unser Eintreten den entsprechenden Reaktionen an. Ist der kleine Patient eher zurückhaltend, fragen wir vorsichtig, ob wir hereinkommen dürfen. Lacht uns die große Patientin schon freudestrahlend an, stürmen wir energiegeladen ins Zimmer und greifen die positive Energie, die uns entgegenströmt, in unser Spiel auf. So unterschiedlich das Verhalten der Kinder und Jugendlichen in unserer Gegenwart ist, so unterschiedlich ist die Art unserer Begegnung mit ihnen. Um auf eine Weise zu handeln, die unserem Gegenüber gut tut, müssen wir erkennen, was derjenige braucht. Wir sind dazu aufgefordert, sehr intuitiv vorzugehen und unsere Antennen auf verschiedenen Ebenen offen zu halten – und gleichzeitig in unseren Clownsfiguren zu bleiben. In dieser Präsenz entsteht eine Vielzahl an Spielmöglichkeiten. Ist das Kind beispielsweise zu schüchtern, um direkt mit uns in Kontakt zu gehen, begrüßen wir erst einmal sein Stofftier. Oder wir bestellen Gummibärchenpizza über das Krankenzimmertelefon. Oder wir plaudern die Pups-Geheimnisse der Anderen aus. Oder wir sind in geheimer Mission unterwegs und machen den Patienten zu unserem Komplizen. Egal, welche Geschichte wir auch zum Leben erwecken, sie erheitert, sie lenkt ab, sie überrascht, sie berührt und erfüllt am Ende ihren Zweck – sie schenkt Lebendigkeit.

Der Clown ist gelebte Validation

Wenn wir als Clowns im Seniorenheim auf Visite sind, besteht unser Ansatz – genauso wie in der Kinderklinik auch – darin, neue Impulse zu setzen und den Bewohnern dabei zu helfen, das eigene

Schicksal anders zu betrachten als es ihrer gewohnten Denkweise entspricht. Krankheit und Leid werden relativiert, nicht verharmlost, nicht dramatisiert. Anders als bei unserer Arbeit in der Kinderklinik entstehen zu den Bewohnern eines Seniorenheimes oft länger andauernde und auch persönliche Beziehungen. Durch die regelmäßigen Besuche einzelner Senioren in den Zimmern gelingt es uns, Zugang und Vertrauen zu Bewohnern zu finden, die unser Erscheinen anfangs noch abgelehnt haben. Und im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen stößt unser clowneskes Spiel auf sehr große Resonanz. Denn als Clowns gehen wir in erster Linie auf emotionaler Ebene in Kontakt. Validation als Methode entspricht der Lebenshaltung des Clowns. Dieses Hineinversetzen in den Patienten bzw. den betreuten Bewohner gibt ihm das Gefühl von Wertschätzung und Verständnis für seine Situation. Er fühlt sich in seinen Gedanken und Gefühlen ernst genommen. Beides bildet die Voraussetzung für eine Atmosphäre von Vertrauen und Zuversicht, was sich wiederum positiv auf die Gesundheitsentwicklung des Einzelnen auswirkt. In der Praxis setzen wir dieses Verhalten auf die Weise um, dass wir einer Seniorin auch zum zehnten Mal zum 90. Geburtstag gratulieren, obwohl sie gar nicht Geburtstag hat. Oder wenn uns ein an Demenz erkrankter Mann als seine verloren geglaubte Tochter wahrnimmt, dann gehen wir als genau jene in die Begegnung. Die Freude und Zufriedenheit, die wir damit bei unserem Gegenüber auslösen, steht höher als der Versuch, den Irrtum aufzuklären. Der Clown besitzt diese Freiheit. Und er spricht sie durch sein eigenes Tun auch den Pflegekräften zu und verschafft ihnen einen neuen Blick auf das Potenzial der zu pflegenden Menschen.

Humor im Kinder- und Jugendhospiz

Die Arbeit im Seniorenheim konfrontiert uns immer wieder mit dem The-

ma Tod, und so besuchen wir auch als Clowns sterbende Patienten. Vom stillen Halten einer Hand über das Spielen einer leisen Melodie bis hin zum Erzählen eines Witzes gehen wir intuitiv auf die Bedürfnisse unseres Gegenübers ein und geben seiner Realität Gültigkeit und Wert. Die Trauer findet dabei ebenso ihren Platz wie die Fröhlichkeit, das Innehalten ebenso wie das kreative Spiel. So erfanden wir beispielsweise aus den Worten einer Heimbewohner „Let me go into the land where milk and honey flow“ kurzerhand eine Melodie und begegneten im gemeinsamen Singen dem nahestehenden Tod auf versöhnliche wie Angst mindernde Weise.

Während dem Sterben in einer Einrichtung wie einem Seniorenheim mehr Offenheit entgegengebracht wird, existieren in einem Krankenhaus weitaus mehr Berührungsängste im Umgang mit dem Tod. Besonders, wenn es um Kinder und Jugendliche geht, erreicht das Tabuthema seinen Höhepunkt. Noch immer gibt es viele Ärzte und Krankenhausmitarbeiter, die sehr verunsichert sind und denen es nicht gelingt, offen mit dem Tod und den damit einhergehenden Grenzen – menschlichen wie fachlichen – umzugehen. Anders ist es im Kinder- und Jugendhospizbereich, in dem die Philosophie „Nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben“ in jeder einzelnen Faser spürbar wird. Es sind unsere persönlichen Erfahrungen als betroffene Mutter von Kilian, eines mehrfach schwerstbehinderten Jungen, und als die Familie begleitende Freundin, die unseren Blick auf den Humor als gewinnbringende Ressource – grade auch in diesem Bereich – entscheidend mitprägten. Und so sind wir auch bei Veranstaltungen von Kinder- und Jugendhospizdiensten als Clowns unterwegs. Noch mehr in diesem Bereich arbeiten wir jedoch als Seminarleiterinnen und schulen ehrenamtliche Mitarbeiter zum Thema „Humor in der Hospizbegleitung“. Ehrenamtlich im Kinder- und Jugendhospizbereich Tätige haben die Aufgabe, das betroffene Kind und seine Familie auf ihrem besonderen Lebensweg zu begleiten. Aktiv zu handeln, gehört dabei ebenso zur Tätigkeit eines ehrenamtlichen Begleiters, wie sich zurückzunehmen. Oft ist es nicht leicht, zu erkennen, was für das Kind und die Familie augenblicklich das Richtige ist. Bringt ein Lachen über eine komische Situation allgemeine Er-

leichterung mit sich oder führt es eher zu Verletzungen bei den Betroffenen? Neben unserem fachlichen Wissen geben wir unseren Teilnehmern aus der Perspektive der betroffenen Mutter und der die Familie begleitenden Freundin Einblicke darin, was gute und für alle Seiten gewinnbringende Begleitung ausmacht. Und wir zeigen Wege auf, um Ängste und Unsicherheiten zu überwinden und in der Familie „anzukommen“. Oft geht es nämlich einfach nur darum, auszuhalten – die Trauer, den Schmerz, die Ohnmacht, die Überforderung. Das Aushalten ist eine große Herausforderung, die ohne die Fähigkeit des Annehmens kaum möglich ist.

Seminare für Mitarbeiter

In der Arbeit mit Patienten und Pflegeheimbewohnern besitzt der Humor eine positive Wirkung auf den Genesungsprozess und das Wohlbefinden. Neben den fachlichen Kompetenzen des klinischen und pflegerischen Personals spielen vor allem die persönlichen Fähigkeiten und hier im Besonderen die Ausprägung der eigenen humorvollen Haltung eine nicht unerhebliche Rolle.

Als wir 2013 unser Unternehmen hugo-konzept gründeten, wollten wir nicht nur als Clowns und komisches Duo auf der Bühne Menschen die positive Kraft des Humors greifbar machen, sondern sie ihre eigene humorvolle Seite erfahren und weiter ausbauen lassen. Eine unserer Zielgruppen bilden dabei Mitarbeiter aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich. Wie kaum eine andere Berufsgruppe stehen sie im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit, laufen Gefahr, die Bedingungen resigniert hinzunehmen und damit nicht nur den Kontakt zu den Bewohnern und Patienten, sondern am Ende auch zu sich selbst zu verlieren. Mit Methoden aus den Bereichen Clownspädagogik und der Humorthherapie zeigen wir die Möglichkeiten neuer Handlungswege auf und setzen damit am kreativen Potenzial der Teilnehmer an.

Eine humorvolle Haltung einzunehmen, hilft dabei, Situationen, Umstände und die Menschen um sich herum anzunehmen. Es geht dabei nicht um ein erzwungen auferlegtes positives Denken, sondern vielmehr darum, zu akzeptieren und loszulassen, der Belastung ein Gegengewicht zu geben und diese mit den eigenen Ressourcen auszubalancieren.

Achtsamkeit und im Moment sein sind dabei genauso bedeutende Komponenten wie die Fähigkeit, sich kleine Inseln der Freude zu schaffen.

Der Alltag bietet eine Fülle an skurrilen und erheiternden Momenten. Diese lassen sich während der Alltagsaufgaben nur erkennen, wenn die Betroffenen den eigenen Blickwinkel wechseln und gewohnte Denkmuster aufbrechen. Es ist eine bewusste Entscheidung, sich diese Momente der Freude zu erlauben und sich damit ein Sicherheitsventil anzueignen, das gerade genug Luft ablässt, um eine Explosion zu verhindern.

Humor ist demnach „erlernbar“ und darf als eine Haltung definiert werden, die stets von Neuem zu erringen ist. Dass dies zunächst auch Mühe kostet, ist nicht ungewöhnlich. Schließlich ist es – um es mit den Worten Erich Kästners auszudrücken – „leicht, das Leben schwer zu nehmen, und schwer, das Leben leicht zu nehmen“. Doch mit ein bisschen Übung gelingt dies immer leichter, und der positive Effekt zeigt sich darin, dass die Teilnehmer mit ihrer neu erworbenen Fähigkeit ein Mehr an Kraft und Vitalität geschenkt bekommen.

Fazit

Der Clown als Stehaufmännchen, der Humor als Kraftquelle – beides bildet einen Schlüssel zu einem Mehr an Lebensfreude. Und wo mehr Lebensfreude spürbar ist, geht es auch den Menschen gut. Davon sind wir nicht nur überzeugt, sondern wir dürfen dies an jedem einzelnen Tag unserer Arbeit erkennen und vorantreiben. Als Clowns Freude zu verschenken, ist mehr als die Erfüllung eines Auftrages. Es ist uns ein Herzensanliegen. So wie der Humor selbst eine Angelegenheit des Herzens ist. Das Einnehmen einer humorvollen Haltung ist an kein Neun-Stufen-Modell gebunden, sondern kommt an der Stelle zum Tragen, wo der Mensch in seinem Innersten berührt wird. Der Humor ist wie ein neuer Lebensweg, den zu gehen sich in jedem Falle lohnt. <<

Autorenkontakt:

Martina Spröhnle, Diplom-Pädagogin, Mediatorin, ausgebildeter Clown
Tanja Landes, Zertifizierte Humorberaterin des HCDA, Zirkuspädagogin, ausgebildeter Clown, Heilbronn
Kontakt: www.tpost@hugo-konzept.de

> Pflege von Frühgeborenen

Basale Stimulation für den Reifeprozess

HEIKE BAUMEISTER

Laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kamen in Deutschland im Jahr 2010 etwa 64.000 (9,2%) Kinder zu früh zur Welt (Liu et al. 2012). Neugeborene, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren werden, haben dank des medizinischen Fortschritts immer bessere Überlebenschancen. Aber trotz des medizinisch Machbaren kommt es gerade bei den extremen Frühgeburten nicht selten zu langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen (Schulze 2010). Im Sinne einer ganzheitlichen pflegerischen Betreuung von Frühgeborenen können Pflegendе dazu beitragen, die körperliche und mentale Reifung zu unterstützen.

In den letzten Jahrzehnten entstanden für Frühgeborene einige entwicklungs-fördernde und familienzentrierte Pflegekonzepte (z.B. NIDCAP®, Känguruen etc.). Der Sonderpädagoge Andreas Fröhlich entwickelte in den 1970er Jahren das Förderkonzept Basale Stimulation für Kinder mit schweren Wahrnehmungsbeeinträchtigungen. Frühgeborenen fehlen wichtige sensorische Informationen, die sie normalerweise zum Ende

einer normalen Schwangerschaft hin im Mutterleib (intrauterin) erlebt hätten. Sie können sich aufgrund ihrer kognitiven Unreife in der extrauterinen Umgebung nur schwer orientieren.

Basale Stimulation – ein Pflegekonzept

Das Konzept der Basalen Stimulation findet seinen Ursprung in der pädago-

gischen Arbeit mit schwerstbeeinträchtigten Kindern durch den Sonderpädagogen Andreas Fröhlich. Es basiert auf der Grundannahme, dass jeder Mensch elementare Bedürfnisse nach „wahrnehmen“, „kommunizieren“ und „sich bewegen“ in sich trägt. Diese kontinuierlichen, unbewussten, ineinandergreifenden sensorischen Prozesse sind elementar zur Entwicklung einer subjektiven Individualität. 1975 entwickelte Fröhlich mit dem Konzept Basale Stimulation verschiedene Angebote, um auch schwerst wahrnehmungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen eine individuelle Entwicklung zu ermöglichen. In den 1980er Jahren wurde das Konzept dann zusammen mit Christel Bienstein in die Pflege übertragen. In ihrer Arbeit mit komatösen Patienten führten gezielte Wahrnehmungsangebote ebenfalls zu Erfolgen. Basale Stimulation in der Pflege ist keine Technik, sondern eine Haltung. Darin ist der Mensch nicht länger Objekt einer Pfl-

Großflächige rhythmische Berührungen vermitteln Sicherheit und Geborgenheit, während punktueller Kontakt Stress auslösen kann.



Foto: Tobilander/Fotolia

gesituation, sondern Subjekt seiner eigenen Entwicklung (Nydahl 2012). Dies erfordert einen Perspektivwechsel in der Pflege, denn es geht nicht länger um die Pflegemaßnahme als solche – stattdessen um den Gesamtkontext, der sich an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientiert.

Es gibt im deutschsprachigen Raum wenige wissenschaftliche Untersuchungen zum Konzept Basale Stimulation in der Pflege, die heute sogar ein eingetragenes Warenzeichen ist. Bienstein und Fröhlich verweisen daher auch auf Studien aus angrenzenden Wissenschaftsdisziplinen, die das Konzept stützen. Werner stellte fest, dass das Konzept theoriegeleitet ist und einen Beitrag für die Pflegewissenschaft und die Pflegepraxis leistet (2002).

Mittlerweile findet das Konzept Basale Stimulation in der Pflege in vielen Bereichen der pflegerischen Praxis Anwendung, so auch in der Versorgung frühgeborener Kinder. Aus meiner langjährigen Erfahrung im Umgang mit dem Konzept habe ich festgestellt, dass Pflegenden vom unmittelbaren Nutzen des Konzeptes für frühgeborene Kinder und deren Eltern überzeugt sind.

Wahrnehmungserfahrungen und Wahrnehmungsangebote

Frühgeborene sind in der Regel zunächst nicht krank, sondern körperlich und mental unreif, ihnen fehlen elementare intrauterine Erfahrungen. Die Frühgeborenenintensivstation als neue Lebensumgebung konfrontiert das Kind mit einer Flut an Reizen (Lärm, Licht, Schmerzen etc.), die zu verarbeiten das Kind kognitiv nicht in der Lage ist.

Das menschliche Gehirn macht ab der 24. SSW seine größten Entwicklungsschritte und ist in dieser verletzlichen Zeit besonders anfällig für Fehlentwicklungen. Die Hirnentwicklung ist nicht allein genetisch festgelegt, sondern wird durch äußere Reize stark beeinflusst (Duffy et al. 1990, zitiert in Tesch 2009). Vor allem extreme Frühgeborene erleben diese sensible Zeit auf einer neonatologischen Intensivstation.

Basale Stimulation in der Pflege knüpft an die Erfahrungen der Kinder im Mutterleib an und ersetzt fehlende durch sensorische Angebote. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Reduzierung

von Stressfaktoren, die das Kind im Rahmen einer intensivmedizinischen Betreuung erheblich belasten: Stress und Schmerzen hemmen die frühkindliche Entwicklung nachhaltig, weswegen die Individualität eines jeden Kindes zu achten und Pflege als ein unvoreingenommener Dialog zu gestalten ist. Von besonderer Bedeutung ist in jeder Phase der pflegerischen Betreuung die Integration der Eltern, um die Entwicklung einer nachhaltigen Eltern-Kind-Bindung zu unterstützen.

Auch wenn nachfolgend einzelne Wahrnehmungsangebote beschrieben sind, werden diese in der Praxis nicht isoliert angeboten. Wahrnehmung erfolgt immer multisensorisch und Entwicklung stets ganzheitlich. Die beschriebenen Erfahrungen mit den Angeboten resultieren in erster Linie aus meinen persönlichen Erfahrungen und den Berichten von Pflegekräften aus meinen Schulungen.

Somatische Angebote

Erfahrungen über die Haut gehören mit zu den frühesten Wahrnehmungen in der fetalen Entwicklung. Die Reifung der Hautrezeptoren beginnt an den Bereichen der höchsten Empfindsamkeit an Mund und Händen und breitet sich bis zur 14. SSW auf der gesamten Körperoberfläche aus (Pickenhain 2000). Umgeben von Fruchtwasser nimmt das Kind kontinuierlich Reize über die Haut wahr, etwa wenn es mit den Füßen tastend seine Umwelt erforscht und dabei Grenzen erfährt. Mit den Händen ist es oft bei sich selbst, vor allem der Hand-Mund-Kontakt ist hierbei eine wichtige Wahrnehmungserfahrung. Die Haut als das größte Wahrnehmungsorgan kann auf vielfältige Art Reize wie Berührungen, Druck, Schmerz, Bewegung und Temperatur wahrnehmen und bildet zugleich die Grenze zwischen dem Körper und seiner Umwelt.

In der stationären Betreuung erleben Frühgeborene unterschiedliche somatische und taktile Reize. Das „Angefasstwerden“ als solches ist für das Kind bereits eine neue Erfahrung und häufig mit schmerzhaften oder unangenehmen Maßnahmen verbunden. Pflege ist zwar ein Berührungsberuf, für Frühgeborene aber kann jede Art der Berührung potenziell belastend sein (Young 1997) – Berührungserfahrungen aus der frühen Kindheit prägen den Menschen ein Leben lang.

Berühren

Flüchtige, punktuelle Berührungen lösen bei Frühgeborenen meist Stressreaktionen aus wie z.B. einschließende Bewegungen, Grimassen schneiden und Weinen. Hingegen führen Berührungen, die flächig oder umfassend und mit einem angemessenen Druck gestaltet werden, seltener zu solchen Abwehrreaktionen, weil sie dem Kind Sicherheit bieten und nachvollziehbarer sind. Auch Rhythmus und Kontinuität von Berührungen sind wichtig, denn: „Rhythmus ist das Versprechen, dass es so weitergeht wie bisher“ (Bienstein & Fröhlich 2016). Berührungen, die sich in ihrer Intensität dem kindlichen Bedürfnis anpassen und während der ganzen Versorgung nicht abbrechen, sind weitere Merkmale einer guten Berührungsqualität. Gezielte Berührungen lenken auch die Aufmerksamkeit auf den Ort des Geschehens. Ein Ausstreichen der Mund-Nasen-Region vor dem Absaugen beispielsweise kann die Stressreaktion auf die folgende, unangenehme Maßnahme senken. Nach schmerzhaften somatischen Erfahrungen ist es oft schmerzlindernd, den verletzten Bereich mit sanftem Druck auszustreichen.

Zur Vermittlung positiver Berührungsangebote müssen auch Eltern gezielt angeleitet und eingebunden werden. Dabei ist auf oberflächliches Streicheln vor allem im sensiblen Bereich des Gesichts zu verzichten – denn das Gesicht ist durch medizinische und pflegerische Maßnahmen häufig besonders negativ belastet. Frühgeborene erfahren Sicherheit und Geborgenheit, wenn Eltern ihnen konstante, flächige Berührungen an Kopf und/oder Füßen anbieten.

Initialberührung

Am Anfang und am Ende eines Dialoges stehen Begrüßung und Verabschiedung. Pflegesituationen sind durch das kontinuierliche Berühren als somatische Dialoge zu verstehen. Zu Beginn einer Pflegesituation steht eine initiale Berührung: Bei Frühgeborenen hat es sich bewährt, diese Begrüßungsgeste an den Füßen anzubieten. Eine flächige Berührung mit spürbarem, sanftem Druck, die den kindlichen Bewegungen folgt, erhöht den Wachheitsgrad und die Aufmerksamkeit des Kindes und bereitet es auf die nachfolgende Situation vor. Die verabschiedende Berührung kann ebenfalls an den Füßen oder durch eine flächige Berührung am Kopf des Kindes erfolgen.

Ganzkörperwäschen und Massagen

Somatische Angebote aus dem Konzept Basale Stimulation in der Pflege verfolgen den vordergründigen Aspekt, den eigenen Körper erfahrbar zu machen. Körpergrenzen und Bewegungsmöglichkeiten werden vermittelt. Für den Bereich der Frühgeborenenpflege hat sich die „Entfaltende Ganzkörperwäsche“ etabliert, die einer Massage gleicht. Unter Einhaltung der Berührungsgüte beginnt die Waschung am Körperstamm und orientiert sich, dem Verlauf menschlicher Entwicklung folgend, in die Peripherie. Begonnen wird die Waschung möglichst nicht im sensiblen Gesichtsbereich. Hygienische Bedenken, mit der Waschung eines Frühgeborenen am Körperstamm zu beginnen, gibt es dabei nicht. Das Wasser sollte ca. 37°C warm sein. Als Waschmedium empfehlen sich z.B. kleine Kompressen. Die Berührungen sind flächig am Stamm und umfassend an den Extremitäten und in ihrer Intensität ganz dem Kind angepasst (Münstermann 2013). Es entsteht eine wechselseitige somatische Kommunikation, die oft beruhigend und ausgleichend auf das Frühgeborene wirkt. Einen ähnlichen Effekt erzielen Pflegende mit der „Kommunikativen Entfaltungsmassage“, die in Anlehnung an die traditionelle indische Babymassage nach Leboyer entwickelt wurde. Der kommunikative Aspekt einer Massage ist möglicherweise größer, da das Kind unmittelbar mit den Händen berührt wird. Als Medium kann eine parfümfreie Lotion oder ein entsprechendes Öl eingesetzt werden. Die Struktur der Berührungsfolgen und die Berührungsprinzipien gleichen denen der entfaltenden Ganzkörperwäsche (Münstermann 2013). Es gilt im Vorfeld einzuschätzen, ob das Kind diese umfassenden Angebote mit seinen physischen und psychischen Ressourcen annehmen kann.

In beide Angebote können und sollen die Eltern frühzeitig einbezogen werden. Vor allem die Durchführung der Massage durch die Mutter wirkt sich positiv auf die Mutter-Kind-Bindung aus.

Vestibuläre und vibratorische Angebote

Über schaukelnde, wiegende Bewegungen im Fruchtwasser trainiert das ungeborene Kind seinen Gleichgewichtssinn (vestibuläres System) und lernt seinen Körper in Bewegung kennen. Das Kind spürt die Vibrationen, die auch seine

Mutter wahrnimmt und erhält Information über Körpertiefe (Knochen, Gelenke, Organe) (Bienstein & Fröhlich 2016). Vermutlich entwickelt sich das System der Bewegungswahrnehmung (kinästhetisches System) kurz nach dem Ende des zweiten Schwangerschaftsmonats, während der Vibrationssinn seine Funktion zwischen der 12. und 14. SSW aufnimmt. Das Gleichgewichtssystem des Fötus tritt etwa am Ende der ersten Schwangerschaftshälfte in Erscheinung (Pickenhain 2000).

Nach einer abrupten Frühgeburt verliert das Kind den Zustand der Schwerelosigkeit, es macht erste Erfahrungen mit dem „Liegen“. Je kleiner und instabiler das Kind, je mehr Kabel und Verbände es umgeben, desto schwieriger wird es, vestibuläre und vibratorische Informationen zu erfahren oder selbstständig Bewegung anzubahnen.

Ein sanftes Schaukeln auf der Unterlage vor dem Positionswechsel oder beim Wickeln stimuliert das vestibuläre System. Ein leichtes Klopfen auf den gewinkelten Po regt das vibratorische System an. Bedeutende vestibuläre und vibratorische Angebote erfahren Frühgeborene beim Kuscheln mit den Eltern. Die Kinder werden im Arm gehalten oder auf dem unbedeckten Brustkorb getragen und dabei intuitiv geschaukelt und gewiegt. Durch das Aufliegen des kindlichen Kopfes auf dem Brustkorb des Elternteils kann es deren vertraute Stimme nicht nur hören, sondern auch als vibratorische Informationen wahrnehmen.

Die Nest-Lagerung imitiert den Mutterleib. Die Füße des Frühgeborenen sollten nicht in die Leere treten, da dies zu Orientierungslosigkeit führt.



Foto: Tobilander/Fotolia

Positionieren

Ein Positionswechsel bietet dem Frühgeborenen ebenfalls vestibuläre, vibratorische und somatische Informationen. In jeder Position wird das Kind so unterstützt, dass Eigenbewegung möglich ist. Das Frühgeborene kann in Kontakt zu sich selber und zu seiner Umwelt sein. Körpergrenzen werden verdeutlicht, um Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Ebenso haben sich umgrenzende Lagerungen bzw. sogenannte Nest-Lagerungen bewährt. Verlieren Kinder abrupt diese Grenzen, sind meist deutliche Stressreaktionen zu sehen. Vor allem die Unterstützung der Füße als bedeutendes intrauterines Kommunikationsmedium ist elementar. Füße möchten nicht ins Leere treten, das erzeugt Orientierungslosigkeit und Unsicherheit. Ein besonderes vestibuläres Erlebnis ist das Liegen in Hängematten, die in den Inkubator bzw. in das Bett einsetzt werden können.

Baden

Baden ermöglicht es dem Kind, wieder Schwerelosigkeit zu erfahren. Es wird im warmen Wasser geschaukelt und getragen. Eine Verstärkung v.a. der somatischen Informationen kann das Baden in einem Tuch darstellen. Dazu wird das Kind eng in ein dünnes Tuch eingewickelt. Durch das warme Wasser in der Badewanne wird das Tuch schwer und vermittelt dem Kind intensiv seine Körpergrenzen. Nicht nur für Frühgeborene hat sich dieses Angebot bewährt – auch in der Betreuung sehr unruhiger Neuge-

borener, z.B. bei Entzugssymptomatik, sind positive Effekte zu verzeichnen.

Orale und olfaktorische Angebote

„Geruchs- und Geschmacksreize gehören zu den phylogenetisch ältesten Reizen“ (Pickenhain 2000). Schon vor der 12. SSW sind die entsprechenden Rezeptoren aktiv. Auf diese Weise kann das Ungeborene unterschiedliche Geschmäcker im Fruchtwasser wahrnehmen. Nach der Geburt ändert sich die Geruchs- und Geschmacksumgebung des Frühgeborenen drastisch – Frühgeborene erleben nur im engen Körperkontakt mit der Mutter wieder vertraute Gerüche. Von gezielten „Geschmacks-Angeboten“ ist in der Betreuung Frühgeborener Abstand zu nehmen. Es ist jedoch sinnvoll, dem Kind während des Sondierens einen in Nahrung getränkten Watteträger zum Saugen und Erfahren anzubieten, womit es gleichzeitig die Koordination von Saugen und Schlucken trainieren kann. Orale Erfahrungen sind für Säuglinge von elementarer Bedeutung. Durch gezieltes Positionieren soll dem frühgeborenen Kind konstant ein Hand-Mund-Kontakt ermöglicht werden. Auch der Einsatz eines Schnullers kann zur Befriedigung der oralen Bedürfnisse sinnvoll sein. Eine möglichst frühe selbstständige Nahrungsaufnahme an der Brust oder aus der Flasche ist in jedem Fall zu fördern.

Auditive und visuelle Angebote

Geräusche von außen dringen nur gedämpft zum Fötus vor. Geräusche der Mutter, z.B. Herzschlag, Darmgeräusche und die mütterliche Stimme, nimmt er bereits in einem sehr frühen Stadium als Vibrationen wahr. Das ungeborene Kind ist geschützt vor hellen Lichtreizen. Die Reifung des fetalen Innenohres vollzieht sich in den letzten Schwangerschaftswochen, eine aktive Reaktion auf Lichtreize konnte in der 26. SSW festge-

stellt werden (Pickenhain 2002). Sowohl intensive Beleuchtung als auch der hohe Geräuschpegel einer Intensivstation wirken sich vielfältig negativ auf das Frühgeborene aus (Young 1997). Oberstes Ziel im Rahmen der Basalen Stimulation ist an dieser Stelle die Reduzierung von Licht und Lärm: z.B. durch frühzeitiges Quittieren von Monitoralarmen und ein Abdecken des Inkubators in Ruhephasen. Einzig die menschliche Stimme – und hier vor allem die von Vater und Mutter – soll das Kind erfahren. Eltern können an dieser Stelle ihren Kindern beim Kuscheln oder auch im Inkubator etwas vorlesen und sie dabei eindeutig berühren.

Fazit

Entwicklungsfördernde Pflegekonzepte sind aus der Betreuung Frühgeborener nicht mehr wegzudenken. Diese sensible Patientengruppe erlebt in allen sensorischen Bereichen eine Unterversorgung bzw. Überforderung. Trotz der geringen Studienzahl findet das Konzept der Basalen Stimulation in der Pflege in der Begleitung Frühgeborener einen berechtigten Einsatz. Die innerhalb des Konzeptes entwickelten Wahrnehmungsangebote und Grundprinzipien fußen auf entwicklungsphysiologischen und neurowissenschaftlichen Grundlagen. Viele Pflegenden haben mir berichtet, dass in ihrer subjektiven Wahrnehmung die Basale Stimulation sich positiv auf das kindliche Verhalten und auf das persönliche Pflegeverständnis auswirkt. <<



Literatur

Bienstein C. & Fröhlich A. (2016) Basale Stimulation® in der Pflege Die Grundlagen. 8. Aufl., Hogrefe Verlag, Bern.

Liu L., Johnson H.L., Cousens S., Perin J., Scott S. et al. (2012). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2010: an updated systematic analysis. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf. Zugriff am 1. August 2016.

Münstermann U. (2013) Basale Stimulation® in der Pflege. In: Mesall A., Löscher D., Rohrbach, C. (Hrsg.) (2013) Fachpflege neonatologische und pädiatrische Intensivpflege. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München, S. 95-115.

Nydahl P. & Bartoszek G. (2012) Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 6. Aufl., Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München.

Pickenhain L. (2000) Basale Stimulation Neurowissenschaftliche Grundlagen. 2. Aufl., Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf.

Schulze A. (2012) Immer mehr Frühgeburten in Deutschland. Ärzte Zeitung online, <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/629257/immer-fruehgeburten-deutschland.html>. Zugriff am 3. August 2016.

Tesch B. (2009) NIDCAP®/WEFIB und die Evaluierung des Implementierungsprozesses an den neonatologischen Stationen im Wiener AKH. Diplomarbeit. http://othes.univie.ac.at/6302/1/2009-08-18_0408524.pdf, Zugriff am 2. August 2016.

Werner, B. (2002) Konzeptanalyse Basale Stimulation®. 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Young J. (1997) Frühgeborene fördern und pflegen. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden.

Zusammenfassung

Die veränderten Bedingungen in der neonatologischen Pflege beeinflussen seit längerer Zeit die Konzeption entwicklungsfördernder Pflegekonzepte. Das Überleben immer früher geborener Kinder beauftragt die Pflege, ihren Teil dazu beizutragen, diesen Kindern ein möglichst störungsfreies physisches und psychisches Reifen zu ermöglichen. Basale Stimulation in der Pflege ist ein Pflegekonzept, das sich dieser Herausforderung stellt.

Schlüsselwörter: *Basale Stimulation, Frühgeborene, entwicklungsfördernde Pflege*

Autorenkontakt:

Heike Baumeister, Lehrerin Pflege und Gesundheit (MA), Pflegewissenschaftlerin (BSc), Fachkinderkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie, Praxisbegleiterin für Basale Stimulation® in der Pflege, Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße 59, 50735 Köln; **Kontakt:** heike_baumeister@gmx.de

> Familien mit einem pflegebedürftigen Kind

Großer Bedarf an Unterstützung

CHRISTA BÜKER

Derzeit sind in Deutschland etwa 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes anerkannt (Statistisches Bundesamt 2015). Unter ihnen befinden sich knapp 74.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren. Die Ursachen für eine kindliche Pflegebedürftigkeit sind vielfältig und unterscheiden sich deutlich von denen älterer Menschen. Auch die Anforderungen an die Betreuung sind speziell und werden größtenteils von den Familien erbracht. Sie müssten durch entsprechende Beratungs-, Begleitungs- und Entlastungsangebote unterstützt werden. Die professionelle Kinderkrankenpflege kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.



Foto: Jaren Wicklund/Fotolia

Häufig liegt die Pflegebedürftigkeit in einer Behinderung begründet, etwa einer angeborenen oder erworbenen Störungen der geistigen Entwicklung (Lernbehinderungen und geistige Behinderungen), einer zerebralen Störung, einer Sinnesbehinderung (Seh-, Hör- sowie Sprachbehinderungen) oder einer Funktionsbeeinträchtigung von inneren Organen und Organsystemen (Statistisches Bundesamt 2014). Weitere Ursachen sind Fehlbildungen oder seltene genetische Defekte, die mitunter eine erhebliche Verkürzung der Lebenserwartung zur Folge haben. Manche der Kinder leiden unter komplexen Mehrfachbehinderungen, die mitunter erst im Verlauf der Entwicklung des Kindes sichtbar werden. Auch Frühgeborene und Kinder mit chronischen Erkran-

kungen wie beispielsweise Muskeldystrophien, der Stoffwechselstörung cystische Fibrose und malignen Erkrankungen können pflegebedürftig sein.

Pflege- und Versorgungsbedarf der Kinder

Auch wenn die Zahl der betroffenen Kinder in den letzten Jahren angestiegen ist (vgl. Tab. 1), bilden sie in der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Menschen nach wie vor eine eher kleine Gruppe. Oftmals bedürfen sie allerdings einer speziellen Versorgung. Viele von ihnen sind über Jahre auf pflegerische Unterstützung und Hilfe bei Alltagsaktivitäten sowie umfangreiche medizinische, rehabilitierende und präventive Maßnahmen angewiesen. Anders als bei älteren

pflegebedürftigen Patienten steht bei ihnen weniger der Erhalt, die Wiedererlangung oder die Kompensation von Selbstpflegefähigkeiten im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen, sondern in erster Linie die Entwicklung von Selbstständigkeit.

So vielfältig die Ursachen einer kindlichen Pflegebedürftigkeit sein können, so individuell stellt sich die Betreuung dar. Bei vielen betroffenen Kindern besteht eine verzögerte oder fehlende Entwicklung von funktionellen und Selbstpflegefähigkeiten: Sitzen, Krabbeln oder Laufen werden oftmals erst sehr spät erlernt, bei schwerster funktioneller Beeinträchtigung mitunter gar nicht. Ebenso verhält es sich mit dem Erlernen grundlegender Fähigkeiten wie Essen, Waschen, Anziehen oder Sauberkeitsentwicklung, sodass insgesamt von einem altersuntypischen, erhöhten Pflege- und Versorgungsaufwand gesprochen werden kann (Kulka & Schlack 2006).

Hohe Anforderungen an die Betreuung stellen sich bei einer geistigen Behinderung (Bilgin & Gozum 2009): Hier bedarf es oftmals einer ständigen Beaufsichtigung aufgrund fehlenden Gefahrenbewusstseins. Zudem können Sprach- und Verständnisstörungen die Kommunikation erschweren. Besonders belastend wirken Verhaltensauffälligkeiten (Dąbrowska & Pisula 2010), wie beispielsweise starke motorische Unruhe, Stereotypien oder lang anhaltendes Schreien.

Vielfach ist die Durchführung medizinischer Pflegemaßnahmen wie die Überwachung der Medikation und der richtige Umgang mit Symptomen notwendig. Besonders herausfordernd ist die häusliche Betreuung von intensivpflegebedürftigen Kindern (Wang

	2009	2011	2013
männlich	35.589	40.808	45.012
weiblich	30.885	26.926	28.836
Gesamt	66.474	67.734	73.848

Tabelle 1: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre (Quellen: Statistisches Bundesamt 2011, 2013, 2015)

& Barnard 2004), die beatmet oder per Sonde ernährt werden müssen.

Charakteristisch bei pflegebedürftigen Kindern sind häufige Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte sowie die Durchführung vielfältiger Therapie- und Fördermaßnahmen (Büker 2010), die mitunter zu Hause durch die Eltern fortgesetzt werden müssen. Dadurch entsteht ein großer Bedarf an Organisation und Koordination: Es müssen nicht nur zahlreiche Termine wahrgenommen und abgestimmt werden, sondern auch Anträge gestellt und Informationen eingeholt werden.

Situation der Familien

Das Leben mit einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung ist nicht nur für die Kinder, sondern auch für die betroffenen Familien mit weitreichenden Konsequenzen verbunden. Die Familien sehen sich oftmals mit einem komplexen Versorgungsbedarf des Kindes konfrontiert und müssen eine umfängliche Pflege und Betreuung leisten. Nur wenige Familien nehmen die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. In erster Linie ist es die Mutter, die sich um das pflegebedürftige Kind kümmert und den Großteil der Versorgung übernimmt (Büker 2010).

Neben den Herausforderungen der direkten Pflege und Betreuung kommt es durch die starke Konzentration auf das pflegebedürftige Kind zu Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem (Heckmann 2013). Innerfamiliäre Rollen und Aufgaben müssen neu verteilt werden und es bedarf eines straffen Zeitmanagements, fester Routinen und einer starken Strukturierung des Alltags. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, die Bedürfnisse des gesundheitlich beeinträchtigten Kindes mit denen der übrigen Familienmitglieder zu vereinbaren: das können Freiräume für die Eltern oder die Geschwisterkinder sein. Oft bleibt für diese wenig Raum für Freizeitaktivitäten und die Pflege von Sozialkontakten. Häufig hat die Versorgung des Kindes außer-

dem Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit eines Elternteils, zumeist der Mutter. Eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist ihr oftmals nur unter großen Schwierigkeiten und um den Preis einer beruflichen Einschränkung möglich. Neben den Folgen für die beruflichen Selbstverwirklichungsbedürfnisse der Mütter kann es damit auch zu negativen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Lage der Familie kommen. Auf der emotionalen Ebene sind Eltern durch Ängste und Sorgen um die Zukunft des Kindes oder Gefühle von Schuld belastet. Stressbehaftet sind wiederkehrende gesundheitliche Krisen, aber auch Übergänge im Lebenslauf, zum Beispiel wenn das Kind in die Schule kommt, die Pubertät erreicht oder sich vom Elternhaus löst (Schultz 2010).

Unterstützungsbedarf der Familien

Wenn auch den meisten Familien eine Bewältigung ihrer besonderen Lebenssituation gelingt, bedarf es angesichts der enormen Anforderungen und Belastungen der Unterstützung. Insbesondere in der Anfangsphase nach der Diagnosestellung einer schweren Behinderung oder chronischen Erkrankung sind eine psychosoziale Unterstützung zur Bewältigung des Schockerlebnisses sowie eine Begleitung durch das Versorgungssystem notwendig. Die zahlreichen Anforderungen, die nun auf die Eltern einströmen – wie beispielsweise Entscheidungen über notwendige Operationen, Therapien oder Fördermaßnahmen – stellen in dieser Phase eine Überforderung dar. Viele Eltern fühlen sich hilflos „wie im Urwald“ (Büker 2010, S. 100) und geraten rasch an den Rand der Erschöpfung. Im weiteren Verlauf kommt es zur intensiven Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Störung des Kindes mit einem hohen Bedarf an Information, Anleitung, Schulung und Beratung. Die Eltern eignen sich umfangreiches Wissen über die Erkrankung oder Behinderung an, erlernen spezielle pflegerische und therapeutische Fertigkeiten und er-

werben Kompetenzen im Umgang mit dem Versorgungssystem. Sie entwickeln zunehmend Sicherheit im Umgang mit dem Kind und seinen speziellen Bedürfnissen. Viele Eltern – insbesondere die Mütter – werden im Laufe der Zeit zu regelrechten Spezialisten der Erkrankung ihres Kindes. Allerdings stoßen dabei selbst erfahrene Mütter an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, denn die Herausforderungen der Versorgung eines pflegebedürftigen Kindes werden zwar im Laufe der Zeit handhabbarer, jedoch kaum geringer. Selbst eine hohe Kompetenz schützt angesichts einer jahrelangen, fordernden Pflegetätigkeit nicht vor körperlicher und seelischer Erschöpfung. Eltern benötigen daher insbesondere zeitliche Entlastung, um den Herausforderungen auf Dauer standhalten zu können (ebd.).

Unterstützungslücken und Handlungsbedarf

Leider werden die Bedürfnisse der betroffenen Familien von den professionellen Akteuren im Gesundheitssystem oftmals nur unzureichend wahrgenommen. Typisch für unser Versorgungssystem ist die Konzentration der Aufmerksamkeit auf die gesundheitlich beeinträchtigte Person, in diesem Fall das pflegebedürftige Kind. Von den Eltern, speziell von den Müttern, wird geradezu selbstverständlich erwartet, dass sie sich intensiv um das Kind kümmern und ihre eigenen Ansprüche zurückstellen (Prakke 2004). Die Situation der Eltern, ihre Stressbelastung und emotionale Verfassung geraten angesichts der hohen Konzentration auf das Kind leicht aus dem Blickfeld. Auch die Probleme des Alltagslebens oder die Situation von Geschwisterkindern bleiben vielfach unbeachtet.

Dringend erforderlich ist daher die Entwicklung einer familienorientierten Grundhaltung der Akteure im Versorgungssystem (Friedemann & Köhlen 2010). Notwendig ist ein stärkeres Bewusstsein dafür, dass Krankheit und Behinderung immer auch die Familie als Ganzes betrifft und Auswirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder hat. Beratungseinrichtungen und Anlaufstellen für Familien mit einem pflegebedürftigen Kind sollten praktische Tipps (Cramer & Wingefeld 2014) wie beispielsweise die Vermittlung von Hilfen bei Partnerschaftskonflikten oder

Geschwisterproblematiken geben können. Günstig wäre die Ansiedlung einer speziellen Betreuungseinheit an diesen Anlaufstellen, die den Familien bei Bedarf auch über längere Zeitspannen begleitend zur Seite steht und Aufgaben der Organisation, Koordination und Versorgungssteuerung übernimmt.

Die Tatsache, dass die meisten Familien die Herausforderungen ihrer besonderen Lebenssituation bewältigen, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Sorgearbeit für ein pflegebedürftiges Kind mit erheblichen physischen und psychischen Anstrengungen verbunden ist. Diese Leistung wird über viele Jahre hinweg erbracht, oftmals bis in das Erwachsenenalter der Kinder hinein oder sogar darüber hinaus. Kaum einmal wird danach gefragt, woher die Familien die Kraft nehmen. Wenngleich sie zu Beginn ihrer Elternschaft jung und vital sind, so ist doch zu befürchten, dass es auf Dauer zu negativen Auswirkungen dieses stetigen Raubbaus an der eigenen Gesundheit kommt.

Die ständige und aufopferungsvolle Pflege durch die Familie braucht Unterstützung. Spezifische Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie beispielsweise im angloamerikanischen Raum längst üblich sind, können hierbei helfen. Dort wird beispielsweise mittels spezieller Interventions- und Selbststärkungsprogramme die psychische Widerstandskraft für Eltern chronisch kranker oder behinderter Kinder vergrößert (Dellve et al. 2006). Hinzu kommen muss ein flächendeckender Ausbau von Entlastungsangeboten, wie familienunterstützenden Diensten, Kurzzeitpflegeeinrichtungen für pflegebedürftige Kinder, Wochenend- und Freizeitbetreuung oder ein qualifiziertes Babysitting. Regelmäßige Kuren helfen Müttern und der gesamten Familie. Dort, wo Unterstützung durch häusliche Kinderkrankenpflege erforderlich ist, bedarf es rascher und unkomplizierter Genehmigungsverfahren durch die Kostenträger.

Rolle der professionellen Kinderkrankenpflege

Eine Schlüsselrolle in der Unterstützung betroffener Familien kommt der professionellen Kinderkrankenpflege zu, die häufig unmittelbaren und den intensivsten Kontakt zu den Familien hat. Im stationären Bereich (z.B. in Kinderkli-

niken, pädiatrischen Intensivstationen und Rehabilitationskliniken) sind es insbesondere Aufgaben der emotionalen Unterstützung sowie Information, Schulung und Beratung. So bedarf es beispielsweise in Vorbereitung auf die Entlassung des Kindes einer Anleitung der Eltern zur eigenständigen Durchführung spezieller pflegerischer Maßnahmen zu Hause.

Im ambulanten Bereich bietet sich ein breites Repertoire an Unterstützungsmöglichkeiten. Auch hier sind Information, Schulung und Beratung der Eltern durch Mitarbeiter ambulanter Kinderkrankenpflegedienste von zentraler Bedeutung, beispielsweise zur Ernährung eines Frühgeborenen oder der Überwachung eines intensivpflegebedürftigen Kindes. Die Pflegenden können Kontakte zu Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen herstellen, den Eltern bei Pflegebegutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Seite stehen oder Informationen über Angebote einer zeitlichen Entlastung geben. Ambulante Kinderkrankenpflegedienste können außerdem Pflegekurse für Eltern chronisch kranker und behinderter Kinder durchführen oder häusliche Einzelschulungen zu speziellen pflegerischen Maßnahmen anbieten. Eine gute Möglichkeit der Unterstützung bietet sich außerdem mit den Beratungsbesuchen nach § 37(3) SGB XI. Da die meisten Familien die Pflege des Kindes allein durchführen, sind sie als Geldleistungsempfänger verpflichtet, diese Besuche durch einen ambulanten (Kinderkranken-)Pflegedienst regelmäßig abzurufen. Auf diese Weise erhalten die professionell Pflegenden einen Einblick in die häuslichen Gegebenheiten, sodass eine gezielte und individuelle Beratung möglich ist, die an den Alltagsproblemen und Bedürfnissen der Familien ansetzt.

Fazit

Die Betreuung eines pflegebedürftigen Kindes ist für die betroffenen Familien mit zahlreichen Herausforderungen verbunden. Bislang wird ihren speziellen Bedürfnissen im hiesigen Gesundheits- und Sozialsystem noch nicht hinreichend Rechnung getragen. Zur besseren Unterstützung der Familien bedarf es dringend passender Beratungs-, Begleitungs- und Entlastungsangebote. Insbesondere die professionelle Kinderkrankenpflege ist prädestiniert, eine solche Unterstützung zu leisten. Wesentliche Voraussetzung dafür ist eine familienorientierte Grundhaltung.

Zweifelsohne erfordern Unterstützungsmaßnahmen entsprechende finanzielle Ressourcen, die vom Gesundheits- und Sozialsystem zur Verfügung gestellt werden müssen. Zu bedenken ist jedoch, dass Familien, die sich zu Hause um ein behindertes Kind kümmern, eine enorme volkswirtschaftliche Leistung erbringen – oftmals unter eigenen wirtschaftlichen Einbußen. Eine Stärkung und Entlastung der Familien kann dazu beitragen, eine deutlich teurere Unterbringung in einer Einrichtung der Langzeitversorgung zu vermeiden oder hinauszuzögern. <<

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Christa Büker, Professorin für Pflegewissenschaft und Dr. Public Health, Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit, Kontakt: christa.bueker@fh-bielefeld.de

Zusammenfassung

Familien mit einem pflegebedürftigen Kind haben zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen: Wie sieht der Pflege- und Versorgungsbedarf der Kinder genau aus und welche Auswirkungen ergeben sich für das Leben der betroffenen Familien? Gibt es spezifischen Unterstützungsbedarf? Denn noch immer tun sich in unserem Gesundheitssystem Lücken in der Versorgung von Familien auf. Und welche Möglichkeiten der Unterstützung bietet die professionelle Kinderkrankenpflege?

Schlüsselwörter: Familie, pflegebedürftige Kinder, Kinderkrankenpflege

> Spezielle Anforderungen in der Kinderklinik

Tatort Gehirn: Aggressive Kinder und Jugendliche

BENJAMIN RICHTER

Eine neue Studie der Universitäten Cambridge und Southampton berichtet von möglichen auffälligen Hirnstrukturen bei antisozialen und aggressiven Jugendlichen. Unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen bewusstseinsverändernden Substanzen können hiervon betroffene Kinder und Jugendliche eine Gefahr für das Personal in Krankenhäusern darstellen. Für die betreuenden Pflegekräfte und Ärzte stellen junge Patienten mit strukturellen Hirnveränderungen, konsumierten psychedelischen Substanzen und daraus folgenden Verletzungen (z.B. Stürzen) eine akutpflegerische und -medizinische Herausforderung dar. Dieser Artikel berichtet von Hintergründen aggressiven und antisozialen Verhaltens und hilft Fachkräften, Zusammenhänge und Ursachen besser zu verstehen.



Foto: Ian H. Andersen/Fotolia

Laut Statistischem Bundesamt ist ein deutlich rückläufiger Trend der Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen (2015): Demnach mussten im Jahr 2014 zwar immer noch 22.391 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus aufgenommen werden – gegenüber dem Vorjahr war das aber eine Abnahme von 3,8 Prozent. 70% dieser Patienten waren noch keine 18 Jahre alt.

Insgesamt liegt in allen Altersgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene) ein Krankenhausaufenthalt bedingt durch psychische Störungen und Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch mit 340.500 Fällen im Jahr an zweiter Stelle der häufigsten Gründe aller Klinikaufnahmen.

In den Medien spielten alkoholisierte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in den vergangenen Jahren eine immer wichtigere Rolle. Vor allem volltrunkene Kinder lösten bei der Be-

völkerung Entsetzen aus – und führten zu einer erhöhten politischen Aufmerksamkeit. Sofortmaßnahmen, wie z. B. eine erhöhte Polizeipräsenz an öffentlichen Jugendtreffpunkten, Alkoholverkaufskontrollen in Supermärkten und Tankstellen sowie Verkaufsverbot von Alkohol nach 22 Uhr wurden durchgesetzt. Wenig Beachtung hingegen fand die Diskussion, warum es überhaupt zu einem teilweise exzessiven Alkoholmissbrauch besonders bei Kindern und Jugendlichen kommt.

Heute liegt das Durchschnittsalter, in dem junge Menschen ihre ersten Erfahrungen mit einem Alkoholrausch machen, etwa gegen Ende des 14. Lebensjahres. Offenbar scheint dieses Alter in unserer Gesellschaft im Allgemeinen akzeptiert zu sein, unabhängig von jugendschutzrechtlichen Bestimmungen.

Tatsächlich liegt das entscheidende Alter für die Ausprägung einer individuellen Alkoholaffinität jedoch in der Kindheit. Bereits Kinder lernen am Beispiel ihrer Eltern die soziale und kulturelle Bedeutung sowie die vermeintlich positiven Auswirkungen des Alkohols kennen. Schon im Kindergarten lassen sich gelegentlich kindliche Rollenspiele beobachten, in denen der entsprechende Habitus der Erwachsenen in Form des Zuprostens nachgeahmt wird und manchmal sogar Symptome der Trunkenheit imitiert werden. Jugendliche, die bereits im Kindesalter ein alkohol auffälliges Verhalten gezeigt haben, neigen eher zu einem lebenslangen exzessiven Risikoverhalten. Verschiedene Faktoren werden hierbei als risikofördernd angesehen (Tab. 1):

- Kinder, die als Kleinkinder ein schwieriges Temperament haben oder psychische Auffälligkeiten zeigen (z. B. ADHS)
- grundsätzliches Trotzverhalten
- Sozialstörungen

Vielfach sind es auch Eltern mit Alkoholproblemen oder schwierige soziale Lebensumstände, die diese grundlegen-

Merkmale von früh auffällig gewordenen, chronischen Gewalttätern

niedrige Frustrationstoleranz
Defizite im Erlernen sozialer Regeln
Aufmerksamkeitsprobleme
vermindertes Einfühlungsvermögen
mangelnde Intelligenz

Tabelle 1: Merkmale von früh auffällig gewordenen, chronischen Gewalttätern

den psychischen Störungen hervorrufen (Spode et al. 2008).

Antisoziale Verhaltensstörungen

Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Aus einer aktuellen Studie (Bristol, England) geht hervor, dass Kinder signifikant häufiger Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrome (ADHS) sowie verminderte Intelligenz zeigten, wenn ihre Mütter zwischen der 18. und 32. Schwangerschaftswoche Paracetamol eingenommen haben. Verhaltensstörungen sind unspezifische soziale Verhaltensabweichungen. Häufig bestehen bei antisozialen Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen und Kindern schulische Probleme. Sie neigen zu Kriminalität und aggressivem Verhalten, was im Verlauf in Gewalt, Einbrüchen und im Umgang mit Waffen gipfeln kann (Stergiakouli et al. 2016).

Wie Forscher zeigen konnten, haben solche Jugendliche auffällige Hirnstrukturen. In der Studie der Universitäten Cambridge und Southampton wurden 58 männliche Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 21 Jahren mit einer antisozialen Verhaltensstörung mithilfe der Magnetresonanztomografie (MRT) untersucht: Besonders bei den Jugendlichen, die bereits im Kindesalter eine Verhaltensstörung gezeigt hatten, waren strukturelle Hirnveränderungen wie Kortexverdickungen in der frontalen und temporalen Hirnregion zu beobachten, die in einer gesunden Vergleichsgruppe nicht feststellbar waren.

Antisoziale Verhaltensweisen häufen sich rapide zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr und verlieren sich bei den meisten Jugendlichen später wieder. Eine kleine Minderheit, meist Jungen, zeigt bereits im Alter von 5 Jahren antisoziales Verhalten, welches dann bis in das Erwachsenenalter bestehen bleibt. Offenbar besteht ein Zusammenhang

zwischen dem männlichen Geschlecht und gewalttätigen Tendenzen: Weltweit verüben Jungen und Männer laut Kriminalstatistiken die Mehrzahl aller körperlichen Gewalttaten. Schwerwiegende Straftaten wie Mord, Totschlag, schwere Körperverletzung oder Vergewaltigung werden sogar nahezu ausschließlich von Männern begangen. Während Männer zu direkter und nach außen gerichteter Gewalt neigen, sind Mädchen und Frauen nicht weniger stark aggressiv, allerdings deutlich seltener. Sie üben Gewalt häufiger auf psychoemotionaler Ebene und weniger durch direkte Gewaltanwendung aus. Bei Mädchen und Frauen treten Störungen des Sozialverhaltens typischerweise in bestimmten Phasen der Pubertät auf, nämlich zwischen dem 14. und 15. Lebensjahr, mit 17 und 18 Jahren klingen diese meist wieder ab (Strüber 2006).

Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Bei erwachsenen chronischen Gewaltverbrechern scheinen anatomische und physiologische Veränderungen im Bereich des präfrontalen Kortex (Großhirn) und der limbischen Regionen zu bestehen. Der Präfrontalkortex ist die höchste Verarbeitungsinstanz im Gehirn. Neben komplexen Denk- und Entscheidungsprozessen ist es auch an der Hemmung aggressiver Impulse beteiligt, die in den Gefühlszentren des limbischen Systems entstehen. Die Gewaltbereitschaft wird einer gedrosselten Aktivität oder einer Schädigung des Präfrontalkortex zugeschrieben.

Auch eine Fehlfunktion der Amygdala (Teil des limbischen Systems) wird als Ursache für gewalttätige Tendenzen beschrieben. Diese Fehlfunktion könnte die Furchtlosigkeit, mangelndes Einfühlungsvermögen und das fehlende Schuldbewusstsein erklären, wie es für „kaltblütige“ Gewaltverbrecher charakteristisch ist.

Interessanter Weise kann auch hier Paracetamol eine Rolle spielen. In einer

renommierten neurowissenschaftlichen Fachzeitschrift wurde kürzlich eine Studie mit dem Titel: „Vom Schmerzkiller zum Empathiekiller“ vorgestellt. Offensichtlich gibt es Zusammenhänge zwischen der analgetischen Wirkung von Paracetamol und dem Auftreten einer deutlich verringerten Fähigkeit von Empathie. Forscher konnten eine reduzierte Aktivität in Bereichen des Kortex feststellen, welche auch an der Schmerzverarbeitung beteiligt sind (Mischkovski et al. 2016).

Mehrere Studien berichten, dass Vietnam-Kriegsveteranen, welche kriegsbedingte Schädigungen im Präfrontalkortex erlitten hatten, klar zu erhöhter Aggressivität neigen. Auch Erwachsene mit Frontalhirnläsionen verhalten sich enthemmt, unangemessen, impulsiv und zeigen etliche Symptome einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Ob die Frontalhirn-Hypothese auch für Frauen gilt, ist ungewiss – Gewalttäterinnen wurden bislang deutlich seltener und weniger intensiv untersucht. Es scheint aber, dass bei Frauen kein Zusammenhang zwischen psychopathologischen Tendenzen und einem verringerten Frontalhirnvolumen besteht, wie er bei Männern nachweislich existiert. Allerdings muss bei erwachsenen Gewalttätern ein entscheidender Unterschied gemacht werden, je nachdem, ob es sich bei diesen Menschen um:

- a. einen erfolglosen Psychopathen oder
- b. einen erfolgreichen Psychopathen handelt.

Worin liegt der Unterschied? Bei genauer Betrachtung erscheint logisch, dass der planende Gewaltverbrecher darauf bedacht ist, nicht erwischt zu werden. Der impulsive Typ verschwendet daran keinen Gedanken. Der unentdeckt gebliebene Straftäter wurde von den Forschern in einem umstrittenen Versuch als „erfolgreich“, der gefasste Straftäter als „erfolglos“ bezeichnet. Bei einem hirnanatomischen Vergleich beider Gruppen fand sich bei den erfolglosen Psychopathen eine signifikante Volumenverkleinerung im präfrontalen Kortex, bei den erfolgreichen dagegen nicht. Schwere, chronische Gewalttäter weisen demnach nicht automatisch einen Defekt des Präfrontalkortex auf (Strüber 2006).

Rolle der Botenstoffe

Botenstoffe, sog. Neurotransmitter, sorgen für Informationsübertragung im

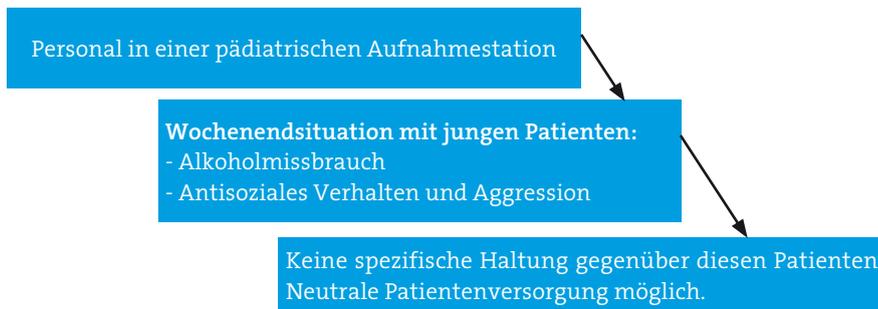


Abbildung 1: Entwicklung der Konditionierung durch wiederkehrende Erfahrung; keine Verhaltensänderung.

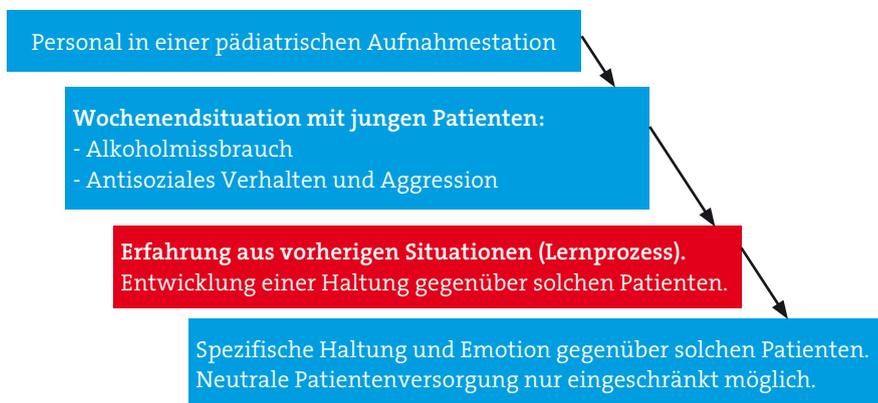


Abbildung 2: Entwicklung der Konditionierung durch wiederkehrende Erfahrung; Verhaltensänderung.

Gehirn. Serotonin ist in diesem Zusammenhang wichtig, da es in zahlreichen Hirnstrukturen die Reizweiterleitung an den Synapsen beeinflusst. Ein niedriger Spiegel des Abbauproduktes des Serotons gilt als Maß für das Auftreten antisozialer Verhaltensmuster. Serotonin wirkt grundsätzlich eher beruhigend und reduziert Ängste. Ein Serotoninmangel führt zu Angst und dem Gefühl, bedroht zu werden, was wiederum eine reaktive Aggression zur Folge haben kann. Ebenfalls ist ein Serotoninmangel typischerweise mit der Gefahr eines Suizids verbunden und kann zu Kurzschlusshandlungen führen. In diesem Zusammenhang wird offensichtlich, wie eng Serotonin und Impulskontrolle verbunden sind (Strüber 2006).

Was hilft diese Erkenntnis?

Zugegebenermaßen hilft das Wissen darüber, warum ein Kind oder Jugendlicher stark impulsiv, suizidal, ängstlich oder gewalttätig ist, nicht in der akuten Versorgung stationärer Patienten. Allerdings müssen sich Fachkräfte gleich welcher Profession darüber bewusst sein, dass gegen sie gerichtete Gewalt der zweithäufigste Grund eines meldepflichtigen Unfalls an die Berufsgenos-

senschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) darstellt („der Mensch als Unfallauslöser“). In dem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass laut BGW die meisten gemeldeten Unfälle aber nicht Beschäftigten in pädiatrischen Krankenhäusern widerfahren, sondern Pflegern in Altenheimen passieren. Erst an zweiter Stelle folgt das allgemeine Krankenhaus, ohne nähere Differenzierung der Abteilung (Hirschberger & Kähler 2009; Wesuls et al. 2005).

Tabelle 2: 12 Deeskalationsmaßnahmen bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen (Wesuls et al. 2005)

Tipps für die Praxis

1. Anzeichen drohender Eskalation wahrnehmen
2. An die eigene Sicherheit denken
3. Unbeteiligte/Schaulustige entfernen
4. Sich selber zuerst beruhigen
5. Der gestresste Patient braucht einen Ansprechpartner
6. Auf Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme achten
7. Augenkontakt herstellen
8. Niemals versuchen, den Patienten zu kontrollieren/ zu beherrschen
9. Sich selber nicht provozieren lassen
10. Selber provokative Begriffe, Vorwürfe, Ermahnungen oder Drohungen vermeiden
11. Respekt, Empathie und Aufmerksamkeit gegenüber dem Patient
12. Den aktuellen Grund der Aufregung herausfinden

Es kann nicht schaden darüber nachzudenken, ob ein Mensch gleich welchen Alters für seine genetische Ausstattung, seine Hirnentwicklung, seine traumatische Kindheit oder sein negatives soziales Umfeld überhaupt verantwortlich gemacht werden kann. Offensichtlich stellt Gewalt bei diesen Menschen die natürliche Konsequenz erlernten Verhaltens dar – sowie die sich daraus entwickelnde psychobiologische Veränderung.

Wir Menschen neigen dazu, die Schuld eines unangemessenen Verhaltens (also auch einer Straftat) immer nur in der Person des Straftäters zu suchen – und diese logischerweise zu sanktionieren. Im Wissen der nachweisbaren Hirnveränderungen muss die Frage der Verantwortung jedoch neu überdacht werden. Wie viel Verantwortung kann diesem Menschen aufgebürdet werden? Ist es richtig, dass ein impulsiver Straftäter sich auch gegen Gewalt hätte entscheiden können, wenn er nur gewollt hätte? Wie viel eigene Entscheidungsfähigkeit hat dieser (hirnorganisch veränderte) Mensch, der impulsiv und aggressiv auf bestimmte Situationen reagiert (bzw. reagieren muss) (Strüber 2006)?

Fazit für die klinische Tätigkeit

Müssen Kinder oder Jugendliche in ein Krankenhaus aufgenommen werden, zählt in erster Linie eine akutmedizinisch/pflegerische Versorgung der zu behandelnden Erkrankung/Verletzung. Genau bei dieser Versorgung werden antisoziale Verhaltensweisen bereits

auffällig und können durch die Ausnahme-situation (z. B. Angst vor dem Krankenhaus) weiter verstärkt werden und in Aggression enden. Medikamentöse Sedierung und Angstlösung oder gar eine manuelle Fixierung stellen probate Mittel bei Gewalt dar, um das Personal und Mitpatienten, aber auch den jungen Patienten selbst zu schützen. Allerdings sollte unter allen Umständen versucht werden, diese Maßnahmen zu vermeiden. Manuelle Fixierung bedeutet Stress, und Stress wird in der logischen Konsequenz von solchen Patienten mit Aggression beantwortet. Grundsätzliche gewalt- und aggressionsreduzierende Maßnahmen sollten von jedem professionellen Helfer berücksichtigt werden.

So werden eine ablehnende Haltung oder auch Aggressionen gegenüber dem Patienten dadurch getriggert, dass ein immer wiederkehrendes Muster die behandelnden Pflegekräfte und Ärzte in einen Art „Kreislauf“ versetzt. Konditionierung führt zu einer Verhaltensänderung des Personals, ohne dass dies bewusst geschieht. Ein Gefühl, welches sich durch die erlebte Situation im Krankenhaus (mit betrunkenen jungen Patienten) entwickelt, kann sich zu einer Erwartungshaltung gegenüber der Wochenendsituation (und den Patienten) manifestieren. Hierbei kann eine ablehnende Haltung gegenüber „solchen“ Patienten entstehen. Diese ablehnende Haltung widerspricht jedoch einer deeskalierenden Arbeitseinstellung (Abb. 1 und 2).

Die Unfallkasse Baden-Württemberg hat in ihrem Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsberufen 12 Grundregeln der Deeskalation postuliert (Tab. 1). Ziel dieser Deeskalationsmaßnahmen soll sein, Anzeichen einer drohenden Eskalation wahrzunehmen, zu begreifen und

auf die eigene Sicherheit zu achten. Es kann schon hilfreich sein, dem aggressiven Patienten möglichst keine Plattform vor Zuschauern zu bieten, weil dies eine Deeskalation wesentlich erschwert. Der Patient wird seine Hintergrundgefühle, Nöte oder Probleme nicht zeigen, da er stark und mächtig erscheinen will.

Gerade dann, wenn sich bei beruflich Pflegenden oder Medizinern ein bestimmtes negatives Gefühl aufgrund von Erfahrung entwickelt hat („Wochenend-Volltrunkene“), sollten sich betroffene Mitarbeiter zuerst selbst beruhigen. Derjenige, der es versteht, sich selbst zu beruhigen, übt auch eine beruhigende Wirkung auf den Patienten aus.

Da gerade der junge Patient direkte Ansprechpartner und Bezugspersonen benötigt, sollten Deeskalationsversuche in einer Krisensituation – oder einer, die es werden kann – immer nur von einer Person durchgeführt werden. Wenn mehrere Personen den Patienten anschauen oder beobachten, ängstigt und verunsichert ihn dies, er fühlt sich bedroht, und seine Anspannung steigt.

Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme sind bei Deeskalationsversuchen essenziell. Besonders männliche Pflegekräfte und Ärzte laufen Gefahr, in angespannten Situationen unbewusst Stärke und Dominanz auszustrahlen und dabei ihre Oberarme und Brustkorb häufig mächtig aussehen zu lassen. In dieser Situation ist Augenkontakt besonders wichtig, kann aber auch aufdringlich wirken. Machtkämpfe zwischen Mitarbeitern und Patient müssen unbedingt vermieden werden, da es völlig unerheblich für die Situation ist, wer Recht hat.

Aggressive Patienten haben im Moment der Eskalation „Narrenfreiheit“, solange sie nicht handgreiflich werden. Die betroffenen Pflegekräfte und Ärzte

sollten sich nicht provozieren lassen, sondern Drohungen, Abwertungen oder sexuelle Anspielungen ignorieren, und ihrerseits keine Drohungen oder Abwertungen äußern oder sich zu Vorwürfen oder Ermahnungen verleiten lassen. Deshalb empfiehlt es sich, dem Patienten grundsätzlich empathisch und wertschätzend (auch gerade dann, wenn er es nicht tut) entgegenzutreten. Insgesamt sollte in Erfahrung gebracht werden, was der aktuelle Anlass für die Aggression gewesen ist und welche Bedürfnisse der Patient im Moment hat (Hirschberger & Kähler 2009; Wesuls et al. 2005). <<



Literatur

Arztblatt (2015) Haben antisoziale Jugendliche eine auffällige Hirnstruktur? <http://mobile.aerzteblatt.de/news/69422.htm>, Zugriff am 6. Juli 2016.

Fairchild G. et al. (2016) Mapping the structural organization of the brain in conduct disorder: replication of findings in two independent samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57, S. 1-9.

Hirschberger K.R. & Kähler B. (2009) Gewalt und Aggression in der Pflege, ein Kurzüberblick. *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* 1, S. 1-39.

Spode H. et al. (2008) Droge Alkohol. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 28, S. 1-10.

Mischkovski D et al. (2016) From Painkiller to Empathy Killer: Acetaminophen (Paracetamol) Reduces Empathy for Pain. *Social Cognitive and Affektive Neuroscience*, doi: 10.1093/scan/nsw057. <http://scan.oxfordjournals.org/content/early/2016/05/27/scan.nsw057.abstract>, Zugriff am 6. September 2016.

Statistisches Bundesamt (2015) Diagnose Alkoholmissbrauch: 4% weniger Kinder und Jugendliche im Jahr 2014 stationär behandelt. *Pressemitteilung* 417/15. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/11/PD15_417_231pdf.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 6. Juli 2016.

Strüber D. (2006) Tatort Gehirn. *Gehirn & Geist* 9, S. 45-52.

Stergiakouli E et al. (2016) Association of Acetaminophen Use During Pregnancy With Behavioral Problems in Childhood. *JAMA Pediatric*, doi:10.1001/jamapediatrics.2016.1775. Zugriff am 17.08.2016 unter <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2543281>

Wesuls R. et al. (2005) Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa), Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsberufen. Unfallkasse Baden Württemberg, Stuttgart.

Autorenkontakt:

Benjamin Richter ist Medizinpädagoge und leitet das Institut für Notfallmanagement und Simulation (NotSim) in der Nähe von Stuttgart. Darüber hinaus hat er u.a. einen Lehrauftrag für Intensiv- und Notfallmedizin an der Akademie im Klinikverbund Südwest. **Kontakt:** benjamin.richter@notsim.com

Zusammenfassung

Antisoziales Verhalten, Aggressionen und Gewalt sind einer Vielzahl von Faktoren geschuldet. Veränderungen des Präfrontalkortex und Abweichungen des Serotoninspiegels können nachweislich Verhaltensveränderungen zugrunde liegen. Auch Paracetamol kann einen Einfluss auf das Verhalten haben. In der Regel sind für diese Verhaltensstörungen schwerwiegende psychosoziale Risikofaktoren wie massiv gestörte Beziehungen zwischen Mutter und Kind, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen im Kindesalter, Vernachlässigung durch die Eltern und inkonsequente Erziehung, aber auch elterliche Konflikte und Scheidung verantwortlich. Auch Kriminalität der Eltern, Armut und dauerhafte Arbeitslosigkeit können ursächliche Faktoren antisozialen Verhaltens sein.

Schlüsselwörter: *Verhaltensstörung, Gewalt, Kinder*

> Unterstützung in der Kinderkrankenpflege

Co-Therapeut Hund

LEONA STEVEN

Das Angebot der Therapie mit Hunden ist in der Krankenpflege heute ebenso groß wie das Interesse daran, insbesondere für Kinder. Die Branche boomt – viele Hundeschulen sehen ein finanzielles Potenzial in der Ausbildung von Therapiehunden, Hundehalter sehen es als innovative Möglichkeit ihren Hund auszulasten. Leider kommt es manchmal vor, dass berufsfremde Personen mit unausgebildeten Hunden plötzlich mit Wachkomapatienten oder mit beatmeten Patienten arbeiten. Eigentlich ist dies nämlich ausgebildeten Fachkräften mit geschulten Hunden vorbehalten. Evaluation sowie Dokumentation oder Anamnese finden nicht statt. Die Qualität und die Professionalität bleiben dadurch auf der Strecke.

Therapiehunde in der Kinderkrankenpflege einzusetzen, ist für viele noch neu und ungewohnt. Wird ein Therapiehund in der Pflege eingesetzt, spricht man von tiergestützter Therapie. Der Hund wird in die Ausübung der beruflichen Tätigkeit mit einbezogen. Warum sollten Therapiehunde überhaupt in der Pflege eingesetzt werden? Wie und bei welchen Erkrankungen sind solche „tiergestützten Interventionen“ sinnvoll und effektiv? Was für Bedingungen müssen Hund und Halter erfüllen? Welche Hygienevorschriften müssen beachtet werden? Und welche Kosten entstehen für die mit Hunden arbeitenden, selbstständigen Pflegekräfte?

Entstehung der tiergestützten Therapie

Die Mensch-Tier-Beziehung beschäftigt Wissenschaftler seit langer Zeit. Laut des Industrieverbands Heimtierbedarf wurden 2015 30 Millionen Haustiere in Deutschland gehalten, davon waren 7,9 Millionen Hunde, die Zahl ist stark zunehmend.

Die sogenannte Biophilie-Hypothese geht davon aus, dass Menschen eine biologisch begründete Verbundenheit zur Natur und allen Lebewesen haben. Der durch Karl Bühler geprägte Begriff der „Du-Evidenz“ bezeichnet die Fähigkeit der Menschen, eine andere Person als Individuum (also als „Du“) wahrzunehmen und zu respektieren (Schneider 2008). Dies sind die Eckpfeiler aller tier-

gestützten Interventionen, die davon ausgehen, dass sich Tiere positiv auf unsere Psyche und unser Wohlbefinden auswirken.

So wurden im Laufe der letzten 30 Jahre durch zahlreiche Studien vielfältige Effekte und Wirkungen von Tierkontakten und tiergestützten Therapien auf den Menschen nachgewiesen (Prothmann 2008). Physische und psychische Wirkungen von Therapiehunden auf den Patienten sind unter anderem Senkung des Blutdrucks und der Herzfrequenz, Kreislaufstabilisierung, Verbesserung des Muskeltonus, Lockerung von Spastiken, Änderung der Schmerzwahrnehmung sowie Ausschüttung von Endorphinen (Prothmann 2008). Hierbei wirken die Tiere nicht isoliert auf der physiologischen, psychischen oder so-

zialen Ebene, sondern es entsteht eine dynamische Wechselwirkung.

Dadurch bietet der Einsatz von Hunden in der Krankenpflege ein großes Potenzial. Der Hundeführer findet den Zugang zum Patienten über das Tier und nicht über Erkrankungen. Führer und Hund nutzen vorhandene Ressourcen des Patienten – statt seine Defizite. Die Kommunikation findet dabei größtenteils nonverbal statt. Nonverbale Kommunikation umfasst mehr, als allgemein angenommen wird. Laut Vernooij (2008) gehören auch Körperbewegungen, Sprechpausen/Schweigen, Raumposition, Geruchsausstrahlung, Hautempfindlichkeit und individuelle Aufmachung (Kleidung sowie Accessoires) zur Kommunikation dazu. Man kann also nicht nicht kommunizieren.

Definition der tiergestützten Interventionen

Die Begriffe rund um die Therapie mit Tieren sind verwirrend. Um sie etwas besser zu verstehen, muss man sich die in Deutschland gültigen Richtlinien ansehen. Deutschland hängt im internationalen Vergleich noch weit zurück. Dass das Tier als „Hilfsmittel“ und „Co-Therapeut“ in der professionellen Arbeit eingesetzt und als Medium angesehen wird, ist in anderen Ländern bereits Standard. So wurde in den USA bereits 1977 die Delta Society gegründet (Schneider 2008)

Die Biophilie-Hypothese geht davon aus, dass der Mensch eine angeborene Affinität zu anderen Lebewesen hat.



Foto: Leona Steven

– sie ist weltweit richtungsgebend, was Informationen zur Mensch-Tier-Beziehung angeht. Nach den Maßstäben der Delta Society ist Animal-Assisted-Therapy (ATT) eine zielgerichtete Intervention, bei der das Tier, welches spezifische Merkmale aufweist, integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses ist. Nur qualifizierte Experten der Gesundheits- und Sozialdienste mit spezifischer Ausbildung sollten diese Interventionsbezeichnung führen (Schneider 2008).

In Deutschland unterscheidet man vier verschiedene Formen der tiergestützten Intervention (Röger-Lakenbrink 2006):

1. **Tiergestützte Aktivitäten**, Tiergestützte Besuche: Halter sowie Tier sind nicht zwingend ausgebildet, darüber hinaus gibt es keine Zielsetzung – außer der Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens (ehrenamtlicher Besuchsdienst).
2. **Tiergestützte Förderung**: mit individuellem Förderplan und unterschiedlich qualifizierten Haltern sowie trainierten Hunden. Ziel ist die Unterstützung der Entwicklung.
3. **Tiergestützte Pädagogik**: Klienten-/Kindorientierte Zielvorgaben zur Verbesserung der emotionalen und sozialen Kompetenz, durchgeführt von Experten im pädagogisch-sonderpädagogischen Bereich mit spezifisch für den Einsatz trainierten Tieren. Hauptanliegen ist Initiierung und Unterstützung von sozial-emotionalen Lernprozessen (Pädagogen)
4. **Tiergestützte Therapie**: Fachlich qualifizierte Therapeuten führen zielgerichtete Interventionen auf Basis von sorgfältigen Situations-Problem-Analysen mit Therapieplänen unter Einbezug eines spezifisch trainierten Tieres aus (Physio-, Ergo-, Logo-, Verhaltenstherapeut, Ärzte, Pflegekräfte etc.).

Qualitäts-Merkmale

In der tiergestützten Therapie gibt es lediglich Richtlinien, die einzelnen Begriffe sind nicht geschützt, obendrein existiert keine staatlich anerkannte einheitliche Ausbildung – da gestaltet es sich schwierig, unqualifizierte Einsätze und Missbrauch zu vermeiden.



Kuscheln und Schmusen mit Tieren fördert nicht nur das Wohlbefinden – durch die beruhigende Wirkung kann es auch helfen, den Blutdruck und die Herzfrequenz zu senken.

Foto: Leonia Steven

„Verantwortungslos nehmen manchmal ungeprüfte, sogenannte ‚Therapiehundeteams‘ Kontakt auf zu ahnungslosen und gutgläubigen Klienten und Patienten“ (Röger-Lakenbrink 2011, S. 20). Dabei gibt es durchaus Qualitätsmerkmale, an denen man anspruchsvolle tiergestützte Arbeit festmachen kann.

Dazu gehört zuallererst die fachliche Qualifikation des Hundehalters, zusammen mit einem trainierten, geschulten Hund, die gemeinsam die Weiterbildung zum Therapiehundeteam absolviert haben. Der Hund muss nachweislich gepflegt, gesund, geimpft und frei von Parasiten sein. Seit dem 1. August 2014 muss jeder, der einer erwerbsmäßigen Tätigkeit mit Hunden nachgeht, einen Sachkundenachweis nach §11 des Tiererschutzgesetzes vorweisen können. Hygienische Kenntnisse sowie Wissen um die Risiken des Tierkontaktes nach der Bundesgerichterstattung des Bundes des Robert Koch-Institutes für Heimtierhaltung sollten obligatorisch sein. Nach den Prager Richtlinien der International Association of Human-Animal Interaction Organisations (IAHAIO) dürfen außerdem nur Tiere eingesetzt werden, die durch Methoden der positiven Verstärkung ausgebildet wurden. Außerdem sollten Vorkehrungen getroffen werden, dass die Tiere keinen negativen Einflüssen ausgesetzt werden und dass die Mindestvoraussetzungen eingehalten werden in Hinblick auf Sicherheit, Risikomanagement, körperliches und physisches Wohlbefinden des Hundes. Wichtig sind „ein angemessenes Arbeitspensum, eine eindeutig auf Vertrauen ausgerichtete Aufgabenverteilung sowie Kommunikations- und Ausbildungsmaßnahmen“ (Röger-Lakenbrink

2011, S. 39). Dies bedeutet, dass die Ausbildung und spätere Arbeit des Hundes auf einer positiven Bestärkung basieren sollte. Außerdem sollte gewährleistet sein:

- Eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung, die den Einsatz des Hundes sowie die private Hundehalter-Haftpflicht mit abdeckt.
- Mitgliedschaft in der Berufsgenossenschaft.
- Ein Hygiene-Konzept und die Bereitschaft, dieses auf die Einrichtung anzupassen.
- Regelmäßige Dokumentation der Einsätze und Kommunikation mit dem Patienten, den Angehörigen und den Pflegenden.

Ausbildung zum Therapiehundeteam

Blindenführhunde, Signal-, Assistenz- oder Service- und Therapiehunde, die im Rehabilitationsbereich eingesetzt werden, bezeichnet man als „Reha-Hunde“. Therapiehunde bleiben als ausgebildete Hunde bei ihrem ebenfalls geschulten Besitzer (Röger-Lakenbrink 2011).

Grundsätzlich kann jeder Hund unabhängig von Rasse oder Züchtung ein Therapiehund werden (Röger-Lakenbrink 2011). Allerdings sollte er bestimmte Eigenschaften haben: verspielt, verfressen, verschmust, aggressionsarm, wenig schreckhaft, gesund, geimpft, gepflegt, nicht unsicher oder ängstlich, nicht zu alt und nicht zu jung.

Die seriöse Ausbildung orientiert sich an den Grundlagen und Ausbildungsnormen der „Delta Society“. Sie beginnt meist mit einem Informationsgespräch, einer eventuellen Praxisbegleitung sowie einem Eignungstest. Darauf folgen ausgiebige Theorieseminare für den Halter, in denen Wissen rund um den Hund wie Ernährung, Prägung, Sozialisierung, Stresszeichen, Coping-Strategien, Körpersprache, Gesundheit, Pflege und artgerechte Auslastung sowie Einsatzmöglichkeiten vermittelt werden. Danach folgen Praxisseminare, in denen das Gelernte anhand von praktischen Übungen mit dem Hund umgesetzt und trainiert wird. Das Hauptaugenmerk liegt hier auf der Vertrauens-/Teambildung von Hund und Halter.

Danach folgt häufig eine mehrmonatige Pause, in welcher man das Gelernte zu Hause wiederholt, übt, Kommandos trainiert und eventuell erste Patientenkontakte aufbaut.

Die Theorie wird schriftlich sowie mündlich geprüft. In der praktischen Prüfung werden Kommandos abgefragt und der Hund auf Aggression sowie Schreckverhalten getestet. Je nach Ausbildungsinstitut muss für die Prüfung ein Referat und oder ein Video von dem Therapiehundeteam im Einsatz erstellt werden, welches in der Prüfung dann reflektiert wird. Bei der Ausbildung gilt: „Der Schutz des Hundes muss oberstes Gebot sein, in allen Phasen der Ausbildung“ (Röger-Lakenbrink 2011, S. 45).

Die Ausbildung umfasst etwa 30 bis 50 Stunden. Prüfungstage sowie Assistenzeinsätze kommen noch dazu (Röger-Lakenbrink 2011). Die Kosten für eine berufsbegleitende Weiter- oder Zusatzausbildung liegen bei über 1.500 Euro und können je nach Träger variieren.

Wie so vieles im Bereich der tiergestützten Therapie ist der Begriff „Therapiebegleithunde-Team“, mit dem man die Ausbildung abschließt, nicht geschützt.

Leben und arbeiten mit Therapiehunden

Therapiehunde sind nicht nur Therapiehunde. Um genau zu sein, sind sie nicht einmal 10 Prozent des Tages Therapiehunde, sondern eher Familienhunde. Denn ihre tägliche Einsatzdauer ist begrenzt. So kann ein ausgebildeter Therapiehund ähnlich wie ein Rettungshund oder Polizeihund nur knapp zwei Stunden am Tag eingesetzt werden – den Rest des Tages nimmt der Hund am normalen Familienalltag teil. Der Therapiehund braucht Beschäftigung, einen körperlichen Ausgleich zur Arbeit und ausgedehnte Ruhephasen. Auch das Training des Hundes nimmt Zeit in Anspruch, und je nach Veranlagung des Hundes reduziert das Training wiederum zusätzlich die Einsatzdauer. Gerade junge oder ältere Hunde haben eine geringere Konzentrationsfähigkeit und Kondition, was bei der Tagesplanung berücksichtigt werden muss.

Vor dem Finanzamt gilt der Therapiehund als Therapiematerial, was bedeutet, dass er auch gelagert, in Stand gehalten und gepflegt werden muss. Somit kann man im Idealfall alle Kosten, die

durch den Hund entstehen, steuerlich geltend machen – und in einigen Regionen sogar von der Hundesteuer befreit werden. Dies umfasst die Anschaffung des Hundes, Futter, Spielzeug, Hundeschule, Halsbänder, Lagerraum, Tierarzt, Medikamente sowie Versicherungen.

Allerdings verursacht ein Therapiehund mehr Kosten als ein normaler Familienhund: Er muss regelmäßiger zum Tierarzt, sein Spielzeug, das eventuell desinfizierbar sein sollte, muss häufiger ersetzt werden und hochwertiger sein. Außerdem muss er häufiger entwurmt werden, und auch Zecken- und Flohschutz sind unverzichtbar. Selbständige, freiberufliche Pfleger müssen eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen und der Berufsgenossenschaft beitreten.

Detaillierte Auflistungen der entstehenden Kosten sind in Tabelle 1 zu finden.

Der Hund darf meist ab einem Alter von 18 Monaten geprüft werden. Dieser arbeitet dann noch nicht die vollen zwei Stunden am Tag (und nicht am Stück). Höchstarbeitszeit wären wöchentlich zehn Stunden – Training in der Hundeschule muss ggf. noch abgezogen werden.

Wenn der Hund fit ist, arbeitet er geschätzte sieben Jahre die vollen zwei Stunden am Tag – von 3 Jahren an, wenn die „Pubertät“ vorbei ist, bis er etwa 10 Jahre alt ist (Ausnahmen bestätigen die Regel).

Bei 40 Stunden monatlicher Arbeit müsste man mindestens einen Stundenlohn von 27 Euro nehmen, um ansatzweise kostendeckend zu arbeiten (exkl. Fahrtkosten, Verdienstausschluss etc.).

Hygiene und Therapiehunde

In Deutschland wird die Krankenhaushygiene durch das Infektionsschutzgesetz geregelt. Das Robert Koch Institut (RKI) ergänzt es durch die „Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“. Das RKI brachte im Jahr 2003 Richtlinien zur Heimtierhaltung heraus, 2005 folgte die Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“. Aus diesen Gesetzen und Richtlinien kann jede Einrichtung in Zusammenarbeit mit einem Hygieniker einen individuell angepassten Hygieneplan für tiergestützte Einsätze erstellen, der speziell auf die Bedürfnisse und Krankheitsbilder der Bewohner bzw. Patienten zugeschnitten ist (Otterstedt 2001, S. 125).

Es ist tatsächlich so, dass entgegen der vorherrschenden Meinung Krankheiten viel häufiger vom Menschen auf den Hund übertragen werden als umgekehrt. „Wenn die Tiere regelmäßig tierärztlich betreut werden, geimpft, gut ernährt und gepflegt sind, ist das Risiko der Übertragung einer Krankheit vom Tier auf den Menschen geringer als die Übertragung von Mensch zu Mensch“ (Otterstedt 2001, S. 126).

Folgende Erkrankungen können vom Hund auf den Menschen übertragen werden: Salmonellose, Diarrhoe, Listeriose (selten) und Wundinfektion. Kontraindikationen für tiergestützte Therapie können sein: Allergien, offene Wunden, akute Infektionen, Kolonisationen durch resistente Keime (MRSA, VRE, ESBL), Neurodermitis, Asthma und schwerer Diabetes. Auch eine mögliche Antipathie gegen Hunde ist ein Ausschlusskriterium. Prothmann erwähnt

Pflegebedürftige Patienten gewinnen an Selbstbewusstsein, wenn sie selbst jemanden pflegen können.



Foto: Leona Steven

Kostenübersicht bei Selbstständigkeit, laufende Kosten (persönliche Erfahrungswerte der Autorin, jährlich in Euro):

Minimum laufender Kosten (Miete, Lebenshaltung, Steuern, Versicherungen)	8.472
Private Krankenversicherung	3.120
Berufshaftpflicht (inkl. Hundehalter- und Privathaftpflicht)	170
Berufsgenossenschaft	150
Hundesteuer	80
Regelmäßiges Entwurmen des Hundes	60
Hundefutter	300
SpotOn o.ä. alle 4-6 Wochen gegen Zecken, Flöhe, Läuse etc.	45
Materialien für den Einsatz (Leckerchen, Spielzeug, Geduldsspiele etc.)	200
Impfungen	50
Trimmen, Krallenschneiden etc.	50
Fahrtkosten	individuell
Verdienstausschlag durch Krankheit des Halters oder des Hundes	individuell
Kein Urlaubs- oder Weihnachtsgeld	0
Keine Nacht- oder Feiertagszuschläge	0
Kauf des Hundes	400 bis 1.600
Erstausrüstung (Leine, Halsband, Transportbox, Näpfe, Hausapotheke, Hundebett etc.)	200 bis 300
Ausbildung zum Therapiebegleithundeteam mit Eignungstest, Theorie, Praxis, Prüfung (variiert je nach Ausbildungsinstitut) (zzgl. eventuell Hotel, Verpflegung und Übernachtung sowie Fahrtkosten)	1.500
Sachkundenachweis nach § 11 des Tierschutzgesetzes (Führungszeugnis etc.)	100
Fachliteratur & Ausbildungsmaterialien	150
Gesamt	12.647 Euro

Tabelle 1: Kostenübersicht bei Selbstständigkeit, einmalige Kosten (persönliche Erfahrungswerte der Autorin, einmalig in Euro)

weitere Ausschlusskriterien: onkologische Erkrankungen, schwere Neutropenie, frische OP-Wunden bei Kindern oder Patienten in Sterilumgebung (Prothmann 2008). Ein letzter und nicht unwichtiger Punkt ist die Unfallgefahr durch Bisse oder Stürze (Schwarzkopf & Weber 2003). Diese sollte bei einem geschulten Therapiehundeteam sehr gering sein. Ansonsten können Therapiehunde bei nahezu allen Erkrankungen eingesetzt werden.

Individuelle Therapieziele

Die Ziele in der hundegestützten Therapie sind so vielfältig wie die Patienten und ihre Erkrankungen. So unterstützt der Therapiehund die Kontaktaufnahme zum Patienten. Besonders in der analogen Kommunikation, die die gesamte Körpersprache nutzt, sind Hunde dem Menschen voraus. Hunde werten nicht, sie sind authentisch und unverfälscht.

Die Wirkung des Hundes findet auf verschiedenen Ebenen statt: physisch, psychisch, mental und sozial. Allgemeine Ziele in jeder hundegestützten Therapie in der Krankenpflege sind Mobilisation, Motivation, Verbesserung der sozialen Kontakte, Linderung der belastenden Gefühle, Verbesserung der Lebensqualität, Unterstützung der Rehabilitation, Sprachanregung, Erhöhung der Lebensfreude, Beziehungs-/Vertrauensaufbau, Stressabbau, aber auch Dekubitus-, Pneumonie- sowie Kontrakturenprophylaxe.

Die spezifischen Ziele legt man durch eine ausführliche Anamnese und Pflegeplanung fest. Bei psychischen Erkrankungen liegen die Schwerpunkte selbstverständlich anders als bei einem beatmeten Rollstuhlpatienten.

Therapiehunde unterstützen in der Diagnostik und Therapie, indem sie unter anderem die Aufmerksamkeit des Patienten auf sich lenken. Schmer-

zen werden weniger intensiv wahrgenommen. Die Ressourcen der Patienten treten anders zu Tage, wenn diese mit dem Therapiehundeteam zusammenarbeiten. So wird das Selbstbewusstsein gestärkt, indem man sich um jemanden – den Hund – kümmert: ganz anders, als wenn man selbst gepflegt wird.

Ein möglicher Aufbau einer Einheit

Nach Vorgesprächen und entsprechender Planung, dem Einholen eventuell notwendiger Einwilligungen und Festlegung der notwendigen Hygienemaßnahmen kann der Erstkontakt mit dem Patienten stattfinden. Dabei sollte sowohl dem Hund als auch dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, sich aus der Distanz kennenzulernen. Eine Option ist es, den Hund auf einer Decke abzulegen und mit dem Patienten zunächst über den Hund zu sprechen.

Auch können in diesem Gespräch die Regeln für den Umgang mit dem Hund festgelegt werden.

Eine schöne Initialhandlung ist es, dem Hund Leckerchen über ein Rohr zu geben – oder der Hund gibt dem Patienten die Pfote oder bellt zur Begrüßung. Vielleicht ist auch Streicheln oder Kuseln schon erwünscht. Die Einheiten lassen sich häufig nicht haargenau vorausplanen, weil auf die Bedürfnisse von Patient und Hund Rücksicht genommen werden muss. Meist ist der Ablauf abhängig von der Tagesform des Patienten. Denkbar sind motorische Übungen, gefolgt von entspannenden Teilen wie Kuseln, Lagern, Streicheln und Reden. Auch ein gemeinsamer Spaziergang oder gemeinsames Schlafen können sich ergeben. Die Einheit sollte ruhig geführt werden. Der Ablauf ist bestenfalls immer ähnlich aufgebaut, um sowohl dem Patienten als auch dem Hund Sicherheit und Struktur zu vermitteln. Zum Ende der Einheit ist eine ritualisierte Handlung geeignet, beispielsweise den Hund anleinen, sich verabschieden und den Hund hinausbegleiten.

Fallbeispiel 1: Körperlich behindertes beatmetes Kind im Rollstuhl

Pflegebedarf:

- Hilfestellung bei Alltagssituationen (Essen, Ankleiden, Körperpflege)
- Pneumonieprophylaxe
- Kontrakturenprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe
- Atemtherapie
- Mitarbeit des Patienten

Einsatz des Therapiehundes

- Hund hilft beim Ausziehen
- Bewegung: Kochen für den Hund; Hund mit Löffel füttern

- Hund wird gebürstet und gepflegt: Ressourcen des Patienten nutzen und ausbauen, spielerisches Lernen, pflegen statt gepflegt zu werden, Selbstständigkeit fördern, Hund als Motivator und Spiegel
- Lagerung des Kindes auf/an/neben dem Hund lockert Muskulatur und regt Atmung an und entspannt
- Bewegungsspiele mit dem Hund: Mobilität, Muskeltonus, Wahrnehmung sowie visuelles/auditives Verfolgen
- Grundlegende Stimulation durch den Hund: Körpernähe, Vertrauen, Steigerung des Wohlbefindens, taktile und Geruchs-Reize, Muskulaturlockerung, Atemfrequenz
- Therapieadhärenz und Umgang mit Beatmung sowie PEG verbessern: Spiele und Übungen sind trotz Schläuchen möglich, der Hund wertet die Schläuche und Geräusche nicht

Fallbeispiel 2: psychosomatisch erkranktes Kind

Pflegebedarf:

- Tagesstruktur
- Soziale Kompetenz
- Mögliche Isolation aufheben
- Selbstwertgefühl
- Bedürfnisse erkennen
- Problemlösungsstrategien

Einsatz des Therapiehundes

- Kontaktaufnahme über den Hund
- Vertrauen und Bindung in Zusammenarbeit mit dem Hund herstellen
- Gemeinsam mit dem Hund den Alltag bewältigen
- Wertfreier Körperkontakt: Kuseln, schmusen, dem Hund etwas erzählen
- Sich gemeinsam mit dem Hund auspowern, um Stress abzubauen

- Gemeinsam neue Problemlösungsstrategien entwickeln – statt der eingefahrenen krankhaften Muster
- Gruppenaktivitäten mit dem Hund
- Hund spiegelt Verhalten des Kindes: Eigene Bedürfnisse über den Hund erkennen und wahrnehmen
- Hund reagiert auf Anzeichen von Stress, bevor es das Kind tut
- Therapiehundeteam gibt durch eine festgelegte Dauer und Frequenz Struktur und schafft Vertrauen <<



Literatur

Buck-Werner O. N., Greiffenhagen S. (2007) Tiere als Therapie – Neue Wege in Erziehung und Heilung. Kynos Verlag, Nerdlen.

Kahlisch A. (2010) Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen. Kynos Verlag, Nerdlen.

Olbrich Prof. Dr. E. & Otterstedt Dr. C. (2003) Menschen brauchen Tiere – Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Kosmos Verlag, Stuttgart.

Prothmann A. (2008) Tiergestützte Kinderpsychotherapie. 2. Aufl. Peter Lang Verlag, Frankfurt.

Röger-Lakenbrink I. (2001) Das Therapiehundeteam Ein praktischer Wegweiser. 5. Aufl. Kynos Verlag, Nerdlen.

Schneider S. & Vernooij M. A. (2008) Handbuch der Tiergestützten Interventionen. Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim.

Schwarzkopf A. & Weber A. (2003) Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 19. Robert Koch Institut.

Zusammenfassung

Die tiergestützte Therapie kann eine effektive Ergänzung zu bereits vorhandenen Therapieformen darstellen. Tiergestützte Therapie ist bei vielen Erkrankungen eine nachweisliche Bereicherung, Therapiehunde wirken sich positiv auf Gesundheit aus und steigern das Wohlbefinden. Mit einem Hygieneplan, einer ausführlichen Anamnese, Zielsetzung und Pflegeplanung kann patienten- und krankheitsorientiert gearbeitet werden. Nur ein geschultes Therapiehundeteam aus einem qualifizierten Halter und einem trainierten Hund kann wirkliche Fortschritte bringen. Dabei sollten Qualitätsnachweise in Form einer abgeschlossenen Weiterbildung zum Therapiehundeteam, einem Sachkundenachweis nach §11 des Tierschutzgesetzes, eine bestehende Berufshaftpflicht sowie Gesundheitsnachweis des Hundes obligatorisch sein.

Schlüsselwörter: Tiergestützte Therapie, Kinderkrankenpflege, Hygiene

Autorenkontakt:

Leona Steven, Kinderkrankenschwester und Therapiebegleithundeführerin,
Kontakt: Therapiehunde-NRW, ambulante tiergestützte Therapie
 info@therapiehunde-nrw.de

Einfluss der Halte-Methode auf die Entwicklung von frühgeborenen Kindern

Frühgeborene Kinder haben ein erhöhtes Risiko für vielfältige Entwicklungsdefizite. So belegen diverse Studien ein erhöhtes Risiko für motorische Störungen, für Verhaltensstörungen und für Defizite bei der Aufmerksamkeit, bei kognitiven Aspekten und bei dem Erinnerungsvermögen. In einer amerikanischen Studie wurde untersucht, welchen Einfluss das Halten des Frühgeborenen auf diese Risiken hat.

Die erhöhten Risiken für Entwicklungsdefizite resultieren bei Frühgeborenen unter anderem durch die Liegezeit im Inkubator und der besonders hohen Anzahl von schmerzhaften und „unnatürlichen“ medizinischen Interventionen. Der Krankenhausaufenthalt von Frühgeborenen ist von mangelndem engem Körperkontakt zwischen Mutter und Kind geprägt, z.B. aufgrund von begrenzten Besuchszeiten, häufigen Untersuchungen und des Liegens im Inkubator. Der fehlende Hautkontakt erschwert die Mutter-Kind-Bindung.

Viele Studien belegen mittlerweile, wie wichtig der möglichst frühzeitige enge Kontakt zwischen Mutter und Kind ist und welche nachteiligen Folgen eine gestörte Mutter-Kind-Bindung haben kann. Eine Forschergruppe aus den USA wollte nun mit Hilfe einer randomisierten, kontrollierten Studie herausfinden, ob eine spezielle Halte-Methode – das Känguruhing oder die Känguru-Methode – bei gesunden, frühgeborenen Kindern förderlich für das frühkindliche Verhalten und die Entwicklung des Säuglings ist.

Beim Känguruhing wird das nackte Baby mit dem Bauch auf den nackten Oberkörper der Mutter oder des Vaters gelegt. Das Baby wird so durch die Körpertemperatur der Eltern gewärmt, es spürt den Herzschlag und den Atemrhythmus seiner Eltern. Einige Studien belegen, dass während dieser speziellen Haltemethode besonders viel Oxytocin bei der Mutter ausgeschüttet wird. Oxytocin gilt als Schlüsselhormon für die Liebe und die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung.

Um den Einfluss der Haltemethode zu überprüfen, teilten die Forscher 87 gesunde Frühgeborene von fünf neonatologischen Intensivstationen, die zwischen der 32. bis 35. Schwangerschaftswoche geboren wurden, in drei Gruppen ein:

- die Känguruhing-Gruppe,
- die Decken-Gruppe und
- die Kontroll-Gruppe.

In der Känguruhing-Gruppe wurden die Mütter von geschulten Pflegerinnen darin unterstützt, ihre Babys vorzugsweise nackt zwischen den Brüsten zu halten. Säuglinge der Decken-Gruppe wurden vorwiegend in den Armen der Mutter gehalten (in einer Decke eingewickelt) und die Mütter der Kontroll-Gruppe erhielten von der Forschungsgruppe bzw. den Pflegerinnen keine Einschränkung bzgl. der Halte-Methode. Die Pflegerinnen besuchten und schulten die Mütter der Känguruhing-Gruppe und der Decken-Gruppe einmal pro Woche (acht Wochen lang). Die Mütter der Kontroll-Gruppe erhielten lediglich schriftliche Anleitungen. Die Mütter hatten die Aufgabe über ihre Halte-Methoden ein Tagebuch zu führen, in das sie die Dauer und die Art der Halte-Methode eintrugen (die Mütter wurden über alle Halte-Methoden informiert).

Nach Ablauf der acht-wöchigen Studienphase wurden u.a. mit Hilfe der Einschätzungsskala für Verhalten von Frühgeborenen (Assessment of Preterm Infant Behavior, APIB) die Entwicklungsschritte der Säuglinge verglichen. Die Ergebnisse dieser Studie weisen

zwar in ein paar wenigen Punkten, z.B. beim kräftigen Schreien, leichte Unterschiede zwischen den drei Gruppen auf, jedoch konnten die Forscher in dieser Studie nicht belegen, dass die Känguru-Methode bei gesunden, frühgeborenen Kindern im Vergleich zu anderen Halte-Methoden besonders förderlich für das frühkindliche Verhalten und die Entwicklung des Säuglings ist. Insofern scheint es angebracht, dass Pflegerinnen und Hebammen alle Halte-Methoden und deren Besonderheiten den Müttern von Frühgeborenen erklären, damit diese keinen falschen Respekt vor „neuen“ Methoden wie dem Känguruhing haben.

Quelle:

Neu M.; Robinson J.A. & Schmiede S.J. (2013) Influence of holding practice on preterm infant development. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013; 38: 136–143.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Oliver Ludwig**, examiniertem Gesundheits- und Krankenpfleger und Diplomplegepädagogen
Kontakt: oliver.ludwig@charite.de

Kommentar



Die Studie weist, im Gegensatz zu anderen ähnlichen Forschungsarbeiten zum Thema Känguruhing, keine signifikanten Vorteile gegenüber anderen Halte-Methoden auf. Das könnte unter anderem daran liegen, dass mit 87 Probanden die Stichprobe sehr gering ist. Eine Auswertung von Tagebuch-Aufzeichnungen birgt auch immer ein Risiko, dass diese Aufzeichnungen nicht korrekt sind. Bei einer Folgeuntersuchung sollte ebenfalls Wert darauf gelegt werden, dass die Mütter bereits sehr zeitig nach der Geburt des Kindes bezüglich der Halte-Methoden geschult bzw. informiert werden. Denn besonders beim sehr frühen Känguruhing konnten in vergangenen Studien Vorteile gegenüber anderen Halte-Methoden nachgewiesen werden.

> Das kleine Einmaleins der Literaturrecherche

Dokumentation von Recherchen

MELANIE MESSER

Der sichere Umgang mit Fachliteratur ist essenziell im Pflegestudium und im späteren Berufsleben. Auch bei einer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger ist es wichtig, an zuverlässige und hochwertige Fachinformationen zu gelangen. Im vierten Teil der Serie steht die Frage im Vordergrund, wie man mit seinem Rechercheergebnis organisatorisch umgeht und dieses dokumentiert.



Foto: Armas Gabalis/Fotolia

Wenn Sie Ihre Recherchestrategie entwickeln und umsetzen, erarbeiten Sie verschiedene Wortkombinationen, die alle zu unterschiedlichen Trefferresultaten führen. Womöglich recherchieren Sie mehrere Tage. Möglicherweise überschneiden sich die Ergebnisse auch, wenn Sie z.B. mehrere Suchmaschinen verwendet haben. Dabei werden Sie feststellen, dass Sie sich bereits nach ein paar Stunden kaum mehr erinnern können wie, genau Sie gesucht haben und was genau im Einzelnen bei Ihren Recherchen heraus gekommen ist. Dokumentieren Sie also Ihre Suchschritte – ab dem Moment, in dem Sie mit der Entwicklung Ihrer Strategie beginnen.

Um Ihre Recherche zu dokumentieren, sollten Sie folgendes festhalten:

- Zu welchem Zweck habe ich gesucht? (Zielsetzung und Fragestellung der Recherche)
- Wann habe ich gesucht? (Datum der Recherche)
- Wo habe ich gesucht? (durchsuchte Datenbanken)
- Wie habe ich gesucht? (Suchbegriffe bzw. Suchstrings)
- Wie viel habe ich gefunden? (Anzahl der gefundenen Referenzen)
- Was habe ich gefunden? (Ablage der relevanten Referenzen)

Diese Aspekte sollten Sie auch beschreiben, wenn Sie das methodische Vorgehen ihrer Recherche z.B. in einer Hausarbeit darlegen.

Zur praktischen Umsetzung Ihrer Dokumentation gibt es mehrere Möglich-

keiten. Es empfiehlt sich u.a. per Hand oder per Copy & Paste den Suchverlauf z.B. in einem Word-Dokument niederzulegen. Beispielsweise finden Sie in der Datenbank PubMed unter „Advanced“ (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>) im unteren Bereich der Homepage die „History“. Dort werden die verwendeten Suchstrings und die Trefferzahlen („Items“) der durchgeführten Suchabfragen aufgeführt und können einfach übernommen werden. Von dort aus gelangen Sie direkt zu den Trefferergebnissen. Sie können auch Ihre Suchstrings miteinander kombinieren, ergänzen, entfernen und speichern.

Des Weiteren besteht in größeren Datenbanken wie PubMed die Möglichkeit, sich kostenlos ein Nutzerprofil anzulegen und die Suchstrings dort zu speichern. Diese sind dann jederzeit wieder abrufbar und können auch in weitere Suchstrategien eingebunden werden. Dies bietet sich insbesondere an, wenn Sie über mehrere Tage an Ihrer Literaturrecherche arbeiten. Zudem haben Sie mit einem Nutzerprofil die Möglichkeit, sich einen Alert anzulegen. Das heißt, Sie erhalten in selbstgewählten Abständen eine E-Mail-Benachrichtigung mit der Information, welche neue Referenzen zu Ihrer Suchanfrage erschienen sind. Ein Alert ist besonders dann sinnvoll, wenn Sie ein Thema über einen längeren Zeitraum beobachten möchten.

Doch wie behandeln Sie die recherchierten Referenzen selbst, z.B. wenn Sie bei Ihrer Suchabfrage in einer Datenbank 50 oder sogar mehrere Tausend Treffer angezeigt bekommen? Wenn Sie während Ihrer Suchabfrage beginnen, alle angezeigten Abstracts zu lesen und die für Sie interessantesten Referenzen auszuwählen, kann dies, je nach Treffermenge schnell sehr zeitaufwendig und unübersichtlich werden. Oft empfiehlt es sich, erst mal alle Rechercheergebnisse zu sichern und später daraus auszuwählen.

Darüber hinaus wird, wenn die ausgewählte Referenz sich im Volltextartikel als zitationswürdig erweist, die vollständige bibliografische Angabe des Artikels benötigt. Um diese Informationen zu erfassen, gibt es – neben der aufwändigen Sammlung per Hand oder in Karteikartensystemen – mehrere Möglichkeiten. Beispielsweise können Sie in PubMed, aber auch z.T. in anderen Referenzdatenbanken, alle oder einzelne Treffer Ihrer Recherche mit bibliografischen Angaben und Abstracts sich selbst per E-Mail schicken, sie für mehrere Stunden zwischenspeichern (in PubMed „Clipboard“) oder in Ihrem Nutzerprofil ablegen und dann ggf. nach Abschluss der eigentlichen Recherche lesen und sortieren.

Besonders komfortabel sind alternativ die Literaturverwaltungsprogramme, welche sich insbesondere bei größeren Haus- oder Studienarbeiten und Abschlussarbeiten anbieten. Es gibt sowohl kostenlose als auch kostenpflichtige Literaturverwaltungsprogramme (z.B. Endnote, Citavi, Mendeley, Zotero, Colwiz, JabRef). Die Auswahl richtet sich

- nach dem geplanten Einsatzfeld, z.B. in welchen Quellen und Datenbanken soll vornehmlich gesucht werden?,
- der erwarteten Menge an Daten und Referenzen pro Datenbank, z.B. reichen im Bachelorstudium für die Menge der zu bearbeitenden Referenzen oft kostenfreie Programmversionen aus; für die Verwaltung mehrerer Tausend Artikel im Berufsalltag werden hingegen kostenpflichtige Programme benötigt,

- dem eigenen Betriebssystem oder Softwarepräferenzen (z.B. Windows, Mac, LaTeX, Nutzung von Apps für Android oder iOS),
- der präferierten Bediensprache, z.B. eine deutsch- oder englischsprachige Benutzeroberfläche,
- den gewünschten Sonderfunktionen, z.B. Ablage von Exzerpten und interessanten Zitaten, automatische Suche nach kostenfreien Artikeln zu den gefundenen Referenzen, Gruppenarbeit,
- der Bereitschaft, Zeit für die Einarbeitung in die Programme zu investieren. So sind deutschsprachige Einsteigerprogramme zumeist intuitiv bedienbar, während komplexere Programme mit mehr Nutzungsvarianten anfangs etwas Übung benötigen.

Fachhochschul- und Universitätsbibliotheken bieten Ihren Studenten oft einen freien Zugang zu einem Literaturverwaltungsprogramm an. Die meisten Referenzdatenbanken und Bibliothekskataloge verfügen über die Möglichkeit mit wenigen Klicks, auch große Treffermengen vollständig mit Abstracts in das Literaturverwaltungsprogramm zu importieren. Diese können dann weiter sortiert und bearbeitet werden.

Während Sie Ihre Arbeit verfassen, können Sie die Referenzen direkt aus dem Literaturverwaltungsprogramm zitieren. Das bietet den Vorteil, dass so automatisch ein einheitliches Literaturverzeichnis mit verschiedenen Zitationsweisen generiert werden kann.

Die nächste Herausforderung stellt der Umgang mit der großen Menge von Artikeln dar. Bei einer Literaturrecherche kommt schnell eine große Zahl an Dokumenten zusammen. Insbesondere wenn die Volltexte beschafft werden, also die eigentlichen Artikel und Buchbeiträge, sind schnell 50-100 PDFs gesammelt. Da gilt es nicht den Überblick zu verlieren und ein Ordnungssystem anzulegen. Grundlegend ist sich vor allem für eine einheitliche Struktur zu entscheiden, wie Dateien benannt werden sollen und ob sie in einem Ordner auf Ihrem Computer oder als Ausdruck abgelegt werden. So könnten Sie im Computer abgelegte Artikel folgendermaßen benennen: Nachname des Erstautors_Erstes Wort des Titels_Jahr (z.B. Müller_The_2015).

Literaturverwaltungsprogramme bieten zumeist die Möglichkeit die Referenz direkt mit dem PDF des Artikels zu verknüpfen oder das PDF in der Literaturdatenbank direkt abzulegen. Wenn Sie mit mehreren Mitschülern oder Kommilitonen an einem Projekt arbeiten, sprechen Sie sich hierzu vorher ab. Halten Sie in der weiteren Arbeit Ihr System durch, sonst droht Chaos.

Wenn Sie all diese Schritte berücksichtigen, werden Sie später z.B. im Methodenteil Ihrer Studienarbeit sehr leicht beschreiben können, wie Sie bei der Recherche vorgegangen sind und bei der weiteren Bearbeitung der Referenzen und Artikel einfacher durch Ihre Sammlung navigieren.

Zusammenfassung

Im Zentrum des Beitrags steht die Frage, wie man mit dem Rechercheergebnis organisatorisch umgeht. Um den Überblick über das eigene Vorgehen bei der Literaturrecherche und die identifizierten Referenzen zu behalten, sollte ein einheitliches Dokumentationssystem angelegt werden. Dieses reicht von einer schriftlichen Fixierung der Suchbegriffe bis zur Festlegung, wie im Computer gespeicherte Zeitschriftenartikel einheitlich benannt werden. Darüber hinaus können Literaturverwaltungsprogramme eine große Entlastung sein, um die in der Recherche identifizierten Referenzen zu sammeln, zu ordnen, weiterzubearbeiten und zu zitieren.

Schlüsselwörter: *Literaturrecherche, wissenschaftliches Arbeiten, Dokumentation, Literaturverwaltung, Organisation*

Autorenkontakt

Melanie Messer, M.A. Public Health/Pflegewissenschaft
Kontakt: melanie.messer@uni-bielefeld.de

Das besondere Buch

DER TIPP DER REDAKTION



Christiane zur Nieden: Sterbefasten

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine Fallbeschreibung
Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016,
171 S., 19,95 €, 978-3-86321-287-2

Der 1. Teil des Buches ist sehr persönlich. Als ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiterin beginnt Christiane zur Nieden mit dem „Letzten Atemzug“ ihrer Mutter beim Sterbefasten und beschreibt anschließend ihre anfänglichen Umstimmungsversuche, die ständig nagenden Zweifel und schließlich die zustimmende Begleitung. Zur Nieden berichtet, wie ihre Mutter ein Glas Wasser trinkt mit Genuss und der Selbsterkenntnis, sie hätte es zu oft ohne Achtsamkeit getrunken. Die Tochter der Autorin hat den Einband und ihr Bruder ein Portrait und die Hände der Mutter in ihren letzten Stunden gemalt. Der Ehemann ist Arzt für Allgemein- und Palliativmedizin und erläutert das Thema Sterbefasten aus hausärztlicher Sicht in einem separaten Kapitel. Auch der 2. überwiegend theoretische Teil mit zahlreichen Referenzen ermutigt Betroffene und Angehörige zum selbstbestimmten und würdevollen Sterben. Der Tod ist grundsätzlich kein Betriebsunfall oder Versagen der Medizin. Es geht um den Behandlungsabbruch gemäß Patientenwunsch und um die Frage, was eine würdevolle Sterbebegleitung und einen natürlichen Tod ausmacht. Bei zunehmenden Wechsel- und Nebenwirkungen von Therapien wird heute ein „schöner Tod“ immer mehr geschätzt. All dies wird zudem mit pflegerischen und rechtlichen Hinweisen konsequent fachlich und menschlich ausgesprochen gut beschrieben. (Friedhelm Henke)



Dallmann H.-U. & Schiff A.:

Ethische Orientierung in der Pflege

Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016. 157 S., 19,95 €
ISBN: 987-3-86321-290-2

Dieses Buch richtet sich an Studierende und Pflegende in der Praxis. Es diskutiert die Fragen der ethischen Orientierung in vielen Situationen der pflegerischen Praxis, wie den Umgang mit Patienten und Bewohnern und Konflikten im Team. Auch allgemeine Fragen wie das Menschenbild werden thematisiert.

Galert J.:

Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe

Grundlagen, Stand und Ausblick. Ein praxisnahes Lehrbuch für Ausbildung, Studium und Beruf
Kohlhammer, Stuttgart, 2016. 189 S., 34,- €
ISBN: 987-3-17-030758-2

Das Buch stellt die gesundheitspolitischen Akteure, Strukturen und Prozesse vor und bietet einen Überblick über die politischen Probleme und Forderungen.

Obermeyer K., Pühl H. (Hrsg.):

Die innere Arbeit des Beraters

Organisationsberatung zwischen Befangenheit und Bewegungsfreiheit
Psychosozial-Verlag, Gießen, 2016. 190 S., 24,90 €
ISBN: 978-3-8379-2636-1

Berater in verschiedenen Arbeitsfeldern brauchen das richtige Handwerkszeug. In sehr persönlichen Fallbeispielen zeigen die Autoren Strategien auf, wie die Interaktion in Beratungsprozessen in nutzbringende Bahnen gelenkt werden kann.

Thöns M.:

Patient ohne Verfügung

Das Geschäft mit dem Lebensende
Piper, München, 2016. 320 S., 22,- €
ISBN: 978-3492057769

Matthias Thöns ist Palliativarzt und berichtet in erschreckender Weise, wie in deutschen Kliniken quasi auf dem Sterbebett noch operiert, bestrahlt und chemotherapiert wird. Thöns' Appell: Wir müssen in den Ausbau der Palliativmedizin investieren, anstatt das Leiden durch Übertherapie zu verlängern.

LEONHART Taschen-Jahrbuch

Gesundheitswesen 2016

Institutionen, Verbände, Ansprechpartner
Deutschland – Bund und Länder
medhochzwei, Heidelberg, 2016. 1048 S., 98,99 €
ISBN: 987-3-86216-275-8

Das in der 15. Auflage erscheinende LEONHART Taschen-Jahrbuch bietet eine aktuelle Übersicht über Institutionen, Organisationen und Verbände des deutschen Gesundheitswesens und ermöglicht so die Suche von Ansprechpartnern.

Junk C.:

Auf Null

Rowohlt Verlag, Reinbeck, 2016. 400 S., 19,95 €
ISBN: 978-3-644-31531-0

Dieser Roman beschreibt, wie die Studentin Nina nach einer überstandenen Leukämie wieder zurück ins Leben stolpert. Sie ist zwar gesund, aber nicht geheilt. Die Therapie hat ihre Freunde und Familie verändert. Und während Nina sich in Erik verliebt, begleitet die Angst vor einem Rückfall sie auf Schritt und Tritt.

Flemming D.:

Neun Jahre Doris

Conte-Verlag, St. Ingbert, 2016. 192 S., 14,90 €
ISBN: 978-3-95602-105-3

Ein Anruf der Schwester stellt klar, dass die vielgeliebte Tante nicht mehr allein zurechtkommt – Altersdemenz. In dem autobiografischen Roman beschreibt Daniela Flemming die neun Jahre, die darauf folgen. Neun Jahre Betreuung und eine Achterbahnfahrt zwischen Nähe, Triumph, Hindernissen und Verzweiflung.

Rüdlin M. & Otto D.:

Datenschutz in sozialen Einrichtungen

2. erweiterte Auflage. Mediengruppe Oberfranken, Bamberg, 2016. 56 S., 4,95 €
ISBN: 978-3-946746-02-7

In kaum einem anderen Lebensbereich werden so viele persönliche und sensible Daten zu einem Menschen erhoben, gespeichert, verarbeitet und übermittelt, wie in sozialen und medizinischen Einrichtungen. Das Buch gibt wichtige Hinweise zum Thema Datenschutz und klärt auf, wo die Schweigepflicht beginnt.



› Angehörigenarbeit im Fokus

Doppelrolle der Angehörigen beim Delir: Unterstützer und Co-Betroffene

SONJA SCHEICHENBERGER & ANGELIKA EBERT-BIRNBAUMER

Ein Delir zu erleben, ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen eine neue Situation, die alle Beteiligten fordert. Das Delir ist eine der häufigsten Komplikationen bei älteren bzw. geriatrischen hospitalisierten Patienten. Unbehandelt hat es eine ähnlich hohe Mortalitätsrate wie ein Herzinfarkt. Im Rahmen eines Delirs wirken die betroffenen Personen „durcheinander“, können ihre Umwelt nicht mehr angemessen wahrnehmen und sich orientieren. Angehörige können als Vertrauenspersonen das Sicherheitsgefühl der Betroffenen steigern, sind aber gleichzeitig Co-Betroffene – mit eigenen Bedürfnissen nach Information und emotionaler Stütze.

Das Delir verstehen

Mit 29 % bis 64 % ist das Delir eine der häufigsten Komplikationen bei älteren bzw. geriatrischen hospitalisierten Menschen (Haupt 2006) und hat unbehandelt eine Mortalität zwischen 22 % und 76 % (Walcher 2012). Für die Betroffenen und deren Angehörige ist das hyperaktive Delir mit Unruhe, Bettflüchtigkeit, Nesteln, Aggression und emotionaler Veränderung eine ebenso enorme Belastung und Herausforderung

wie die Unaufmerksamkeit, Teilnahmslosigkeit, Bewegungsarmut bis hin zur Apathie sowie Halluzinationen und Desorientierung beim hypoaktiven Delir, auch „stilles Delir“ genannt. Treten die Symptome nebeneinander oder im Wechsel auf, spricht man vom Mischtyp (Andorfer 2013).

Delir-Patienten berichten, dass sie spürten, wie sich ihre Wahrnehmung der Wirklichkeit veränderte, sie aber unfähig waren, dies zu kommunizieren und sich hilflos fühlten (Duppils & Wik-

blad 2004). Die Anwesenheit der Angehörigen kann das Sicherheitsgefühl der Betroffenen erhöhen. Die Angehörigen als Vertrauenspersonen tragen somit dazu bei, dass die Patienten schneller in die Realität zurückfinden, der Betreuungsaufwand und das Sturzrisiko sinken. Die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten, Vertrauenspersonen sowie der Mitarbeiter erhöhen sich.

Angehörige – selbst unerfahren mit einem Delir – sind aber auch Co-Betroffene. Um das Erlebte besser verarbeiten und verstehen zu können, brauchen sie Unterstützung.

Wichtige Angehörigenarbeit

Patienten im Delir benötigen vermehrt Zuwendung, und aufgrund der nicht immer berechenbaren Verhaltensweisen eine nahezu lückenlose Präsenz einer Begleitperson, also eines Sitters im Sinne eines personalen Monitorings. Das Pflegepersonal kann die Dichte der

Patienten	Familienangehörige	Mitarbeiter
ins Krankenhaus kommen	ins Krankenhaus kommen	mein Wissen über Delir
mit Ärzten oder Pflegern sprechen	mit Ärzten oder Pflegern sprechen	den Patienten mit Delir pflegen
mit anderen Patienten sein	Informationen bekommen	sich um die Familie kümmern
zu Untersuchungen gehen	betreut werden	mit anderen Kollegen über das Delirmanagement sprechen
Informationen bekommen	Betreuung von Freunden/Familie	die Möglichkeit haben, Wissen in der Praxis anzuwenden
gepflegt/betreut werden	wissen was vor sich geht	Medikation
wissen, was vor sich geht	Visitenzeit	als Team für den Patienten sorgen
mit der Familie sein	involviert sein (Teilhabe)	Sicherheit
Medikamente haben		Personenzentriertheit
Unterstützung	Unterstützung	
involviert sein (Teilhabe)		
das Umfeld	das Umfeld	

Tabelle 1: Emotionale Berührungspunkte von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern (Dewar et al. 2013, S. 5)

Präsenz nicht gewährleisten, und einem fremden Sitter kann es schwerfallen, das notwendige Vertrauen aufzubauen. Angehörige sind daher die beste Alternative. Darüber hinaus wäre der Umfang der Ausbildung eines Sitters, die Kosten und die Verantwortung zu klären. Auch Fachkräfte können, selbst wenn sie ausreichend Zeit haben, beim mitfühlenden Umgang mit deliranten Heimbewohnern an ihre Grenzen stoßen, wie folgendes Beispiel aus der Praxis zeigen soll.

Ein Praxisbeispiel

Einem Delir-Patienten wurde sehr viel Zeit gewidmet und eine empathische Zuwendung angeboten, um ihm die Symptome eines hyperaktiven Delirs zu erleichtern. Es war dem Betroffenen aber nicht möglich, sich auf das Angebot einzulassen und er fragte, was die Pflegeperson denn in seiner Wohnung mache. Erst als der Sohn kam, war der Patient, sobald er das vertraute Gesicht sah, wie ausgewechselt und wirkte beruhigt, wollte nicht mehr ständig weggehen und nahm seine Medikamente. Der Sohn wurde vom Team ausführlich über das Delir und seine Möglichkeiten, den Vater zu unterstützen, informiert. Fortan verbrachte er viel Zeit bei ihm. In seiner Anwesenheit gestaltete sich die notwendige Pflege entspannter. Das führte auch dazu, dass sein Vater sehr schnell aus der Akutphase des Delirs herausfand und sich die Situation dadurch auch für den Angehörigen und die Pflegepersonen entspannte.

Mit Angehörigen als Vertrauenspersonen sind nicht nur Verwandte, sondern alle gemeint, mit denen sich der Betroffene verbunden fühlt, Kontakt pflegt und für sie gleichzeitig Bedeutung hat. Dies kann manchmal auch ein guter Freund sein (Handel 2003). Angehörige geben dem Betroffenen Sicherheit und Unterstützung, sind aber auch Co-Betroffene mit eigenen Bedürfnissen nach Information, Begleitung und emotionaler Stütze.

Dewar et al. (2013) haben mit Betroffenen, Angehörigen und Pflegenden zum Erleben eines Delirs Interviews durchgeführt, um die emotionalen „touch-points“ (Berührungspunkte im Erleben von Patienten und Angehörigen) strukturiert zu erheben (Pferzinger & Herzog 2014). Solche „touch-points“ sind entscheidend. Sie ermöglichen es, eine Erfahrung vollständig zu verstehen. Aus einer Reihe von angebotenen

emotionalen Wörtern waren dabei jene zu wählen, die beschreiben, wie sich die Befragten fühlen und warum sie so fühlen – mit der Möglichkeit, Wörter zu ergänzen. Die kategorisierten Antworten wurden von Dewar (2013) in einer Tabelle (Tab. 1) aufgelistet und zusammengefasst.

Das Ergebnis: Die Befragten wollten informiert sowie unterstützt werden und eingebunden sein.

Rolle der Unterstützer

In der Rolle als Unterstützer gilt es, Familien und vertraute Personen (Inouye et al. 2014; NICE 2010) in den Tagesablauf miteinzubeziehen (NICE 2010) und eine verlängerte Besuchszeit von mindestens fünf Stunden am Tag (Martinez et al. 2012) oder Begleitung durch vertraute Personen rund um die Uhr zu ermöglichen. Zur Unterstützung der

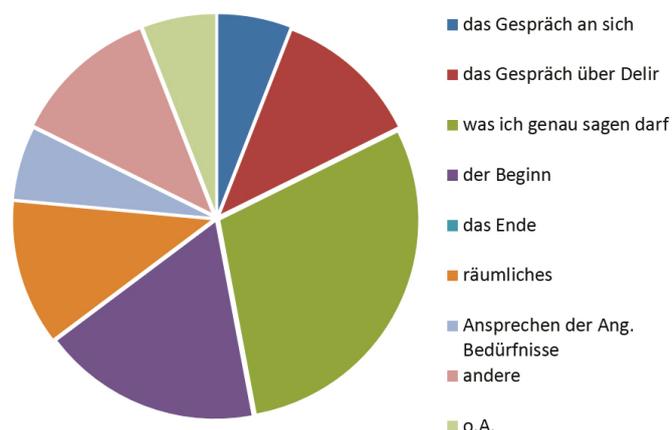


Abbildung 1: Ergebnis der Frage „Beim Einbezug der Angehörigen erlebe ich als schwierig“

(Re-)Orientierung können Angehörige zum Beispiel Uhr, Kalender, Zeitungen, Bilder und Poster mitbringen (Wesch et al. 2013; Martinez et al. 2012). Angehörige sollen informiert und gebeten werden, bei plötzlichen Verhaltensänderungen das Fachpersonal zu verständigen. (NICE 2010).

Um diese Rolle bestmöglich zu unterstützen, wurde von der interdisziplinären „Projektgruppe Delir“ im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel ein Informationsfolder zum Thema Delir erstellt. Im Rahmen der vertieften Angehörigenarbeit auf einer Station wurden bei der Übergabe des Folders (Tabelle 2) die Inhalte

besprochen und erklärt (Wesch et al. 2013). Sehr hilfreich ist es für Angehörige, wenn sie erfahren, dass ein Delir zumeist vorübergehend ist (NICE 2010). Durch den aktiveren und bewussteren Einbezug der Angehörigen bemerkte das Team rasch, dass das Wichtigste bei der Angehörigenarbeit eine offene und ehrliche Kommunikation ist.

**Informationen zum Delir
Für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen**

Einleitung

Diese Information soll den Betroffenen und ihren Angehörigen helfen, ein Delir besser zu verstehen.

Was ist ein Delir?

Delir (auch als „akute Verwirrtheit“ bekannt) ist ein häufiges Problem bei kranken Menschen. Dabei kommt es zu einer Beeinträchtigung verschiedener Gehirnfunktionen. Dadurch erleben die Betroffenen ihre Umwelt plötzlich völlig verändert und zeigen eine plötzlich auftretende Veränderung ihres gewohnten Verhaltens.

Woran können Sie ein Delir erkennen?

Wenn Sie folgende Veränderungen erleben bzw. beobachten

- Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit wie z.B. Desorientierung, Gedächtnisleistung, Denkstörungen
- Verkennen von Dingen oder Personen, bzw. Wahrnehmen von nicht vorhandenen Dingen, Personen oder Tieren (= halluzinieren)
- Unruhe, Ängstlichkeit, Aggressivität, Zurückgezogenheit oder Teilnahmslosigkeit
- Aufmerksamkeitsstörung, fehlende Konzentration, leichte Ablenkbarkeit
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- typischerweise „kommen und gehen“ die Anzeichen im Tagesverlauf

Wer kann ein Delir bekommen?

Die Wahrscheinlichkeit, ein Delir zu entwickeln, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Begünstigt wird ein Delir auch durch z.B.

- eine bereits bestehende Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit (Demenzerkrankung)
- schon früher einmal aufgetretenes Delir
- Leiden an mehreren Erkrankungen und Einnahme vieler Medikamente
- Aufenthalt auf einer Intensivstation
- eine durchgeführte Operation
- eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung
- bestehende Depression
- schlechter Ernährungszustand

Was kann z.B. ein Delir auslösen?

- Infektionen
- Verstopfung
- Flüssigkeitsmangel
- Entzug von Schlafmitteln und/oder Alkohol
- Schmerzen

- bestimmte Medikamente
- Reduzierung der Eigenbewegung und Mobilität z.B. durch Harnkatheter oder Infusion
- Ortswechsel

Wie lange kann ein Delir andauern?

Ein Delir ist in den allermeisten Fällen vorübergehend. Es dauert Stunden bis zu mehreren Tagen, manchmal auch Wochen. Das Ende – die Rückkehr in die „Normalität“ – ist meist genauso plötzlich wie der Beginn.

Zu Hause ist mein Angehöriger ganz anders...

Wenn Sie das Gefühl haben Ihren Angehörigen nicht mehr zu kennen, weil er sich ganz anders verhält, dann teilen Sie dem Pflege- oder ärztlichen Personal Ihre Beobachtung mit. Dies kann ein Hinweis auf ein Delir sein.

Wie können Sie Ihren Angehörigen unterstützen?

- benötigte Hilfsmittel wie z.B. Sehbehelfe, Hörgerät, Zahnprothese mitbringen und darauf achten, dass sie verwendet werden
- Datum und Wochentag öfters wiederholen
- Kalender und Uhr bereitstellen
- erinnern, wo sie sich befinden
- langsam und in einfachen Worten sprechen
- Fragen stellen, die keine umfangreichen Antworten erfordern
- über die Familie und Freunde erzählen
- gewohnte persönliche Utensilien mitbringen z.B. Kleidung, Nachthemd oder Pyjama sowie Schlafrock oder Hausanzug Toilettenartikel, Handtücher, Waschlappen
- Fotos oder Lieblingsgegenstände mitbringen und in Sichtweite platzieren
- Lieblingsmusik hören lassen
- körperliche Aktivitäten unterstützen, z.B. Spazieren gehen
- gemeinsam kreativ sein
- regelmäßig Essen und Getränke anbieten
- ev. zu Untersuchungen begleiten

Besuchszeiten

- vertraute Personen können auf die Betroffenen beruhigend wirken
- es kann sinnvoll sein, die Besuchszeit zu verlängern
- nicht zu viele Besucher auf einmal

Wenn Sie weitere Fragen zum Delir haben, wenden Sie sich an das ärztliche oder pflegerische Personal der Station.

Tabelle 2: Inhalt des Folders für Patienten und Angehörige

Rolle als Co-Betroffene

Für die Angehörigen ist es wichtig, dass die Pflegepersonen für sie präsent sind, sich ihrer Bedürfnisse annehmen und die Angehörigen ablösen, um ihnen Pausen und Erholung zu ermöglichen. Eine empathische Haltung hilft dabei, zu ihnen eine bestmögliche Beziehung aufzubauen. Das Allerwichtigste und wahrscheinlich auch das Schwierigste ist es, den Angehörigen aktiv zuzuhören, um zu verstehen, welche Bedürfnisse, Ängste und Sorgen sie haben.

Diese Wahrnehmungen decken sich mit den Bedürfnissen, die Angehörige als am wichtigsten angegeben haben – wie der ehrlichen Beantwortung von Fragen, den Angehörigen zu versichern, dass die Betroffenen die bestmögliche Pflege erhalten sowie bei Veränderungen auf Wunsch verständigt zu werden (Wesch et al. 2013). Für das Stationsteam war es wesentlich, eine ruhige und angenehme Atmosphäre für die Gespräche zu schaffen und den ersten Informationsaustausch mit jeweils einer Person aus der Pflege und dem medizinischen Bereich gemeinsam zu führen. Aktiv auf die Angehörigen zuzugehen – unabhängig davon, ob sie Bedarf signalisieren – ist ein wichtiger Türöffner für die Beziehungsgestaltung.

Proaktive Gespräche führen

Für „regelmäßige, (pro-)aktive Kontaktaufnahme“ (Vögeli 2003, S. 2) müssen die Pflegekräfte auf die Angehörigen zugehen. Laut Daneke (2010) sollen die Mitarbeiter ihre Handlungen den Möglichkeiten der Angehörigen anpassen und sie somit positiv unterstützen. Die Mitarbeiter äußerten anfangs, sich in Bezug auf diese vertiefte Gesprächsführung unsicher zu fühlen. Bei einer stationsinternen Erhebung aus dem Jahr 2015 wurden auf die Frage: „Beim Einbezug der Angehörigen erlebe ich als

schwierig“ die angebotenen Kategorien, wie in der Abbildung 1 dargestellt, gewichtet, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Zur Unterstützung der Pflegepersonen wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt, der auch themenunabhängig hilfreich sein kann. Er besteht aus einem allgemeinen Teil zur Kommunikation und einem speziellen Teil. Dieser enthält konkrete Beispiele, wie ein Gespräch begonnen, aufrechterhalten und wieder beendet werden kann. Er wurde von den Mitarbeitern angenommen und trug dazu bei, sich in Gesprächen sicher zu fühlen. Die Pfleger konnten die Gespräche in dieser schwierigen Situation besser und bewusst führen, wenn sie die Co-Betroffenheit der Angehörigen in den Mittelpunkt stellten.

Fazit

Umfassende Information und Gespräche, in denen Pflegenden aktiv auf die Angehörigen zugehen, sind der Dreh- und Angelpunkt, um beiden Rollen der Angehörigen gerecht zu werden – und vor allem um die Co-Betroffenheit im Auge zu behalten. Die Mitarbeiter konnten die Situation so verstehen, wurden entlastet, was ebenso für die Angehörigen und die Betroffenen galt. Auf der Station im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel hat sich die

Autorenkontakt:

Sonja Scheichenberger, Mag. diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, akademische Pflegeberaterin für die Neurologie im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KHR) in Wien.

Kontakt: sonja.scheichenberger@wienkav.at

Angelika Ebert-Birnbaumer, Stationsleitung der 1. Medizinischen Abteilung, Station B des Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KHR).

Kontakt: angelika.ebert-birnbaumer@wienkav.at

Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der Angehörigen somit für alle Beteiligten gelohnt. <<



Literatur

Andorfer U.P. (2013) Delir auf operativen Intensivstationen: Inzidenz und Bedeutung für das Behandlungsergebnis. Inaugural-Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2013/3420/3420.pdf>, Zugriff am 12. Juli 2016.

Dewar B., Bond P., Miller M., Goudie K. (2013) Staff, patients and families experiences of giving and receiving care during an episode of delirium in an acute hospital care setting. *Healthcare Improvement Scotland*. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/Healthcare%20Improvement%20Scotland,%20Improving%20Older%20People's%20Acute%20Care%20in%20NHS%20Scotland%20-%20staff%20report.pdf>, Zugriff am 12. Juli 2016.

Duppils S., Wikblad K. (2004) Delirium: behavioural changes before and during the prodromal phase. *Journal of Clinical Nursing* 13 (5), S. 609-616.

Daneke S. (Hrsg.) (2010) Achtung, Angehörige! Kommunikationstipps und wichtige Standards für Pflege- und Leitungskräfte. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Handel E. (2003) Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam – Eine systemische Betrachtungsweise. 4. Zürcher Gerontologietag Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. http://www.zfg.uzh.ch/static/2003/handel_beziehungsgeflecht.pdf, Zugriff am 12. November 2015.

Haupt M. (2006) Diagnostik und Therapie des Delirs nicht durch Alkohol oder durch sonstige psychotrope Substanzen bedingt. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 74, S.49-62.

Inouye S., Westendorp R., Saczynski J. (2014) Delirium in elderly people. *The Lancet* 383 (9920), S. 911-922.

Martinez F.T., Tobar C., Beddings C.I., Vallejo G., Funes P. (2012) Preventing delirium in an acute hospital using non-pharmacological intervention. *Age and Ageing* 41, S. 629-634.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2010) Delirium: diagnosis, prevention and management, clinical guideline 103. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>, Zugriff am 12. Juli 2016.

Pferzinger M., Herzog D. (2014) Maßanzug Krankenhaus – Kundenorientierung in der Krankenhausplanung. *Professional Process* 7 (1), S. 18-22.

Vögeli S. (2013) «Case Management» und «Zugehende Beratung» bei Demenz, Alzheimer Informationsblatt. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/15495/index.html>, Zugriff am 12. Juli 2016.

Walcher C. (2012) Das Delir beim geriatrischen Patienten. Eine Übersicht. http://www.arztakademie.at/fileadmin/template/Geriatrie/Publikationen12-13/Walcher_AA.pdf, Zugriff am 12. März 2014.

Wesch C., Barandon Schäfer U., Frei I.A., Masarotto P. (2013) Einbezug der Angehörigen in die Pflege bei Patient(innen) mit Delir auf der Intensivstationen. *Pflege* 26 (2), S. 129-141.

Zusammenfassung

Ein Pflegesteam hat im Rahmen einer intensiveren Beschäftigung mit dem Thema Delir besonders die Angehörigen mit ihren Bedürfnissen fokussiert. Um bei der Kommunikation sowohl dem Bedürfnis nach Information als auch nach emotionaler Begleitung gerecht zu werden, wurde ein Gesprächsleitfaden für die Mitarbeiter entwickelt. Angehörige in beiden Rollen, als Vertrauensperson und als Co-Betroffener, professionell zu begleiten, kommt letztlich den Patienten zugute.

Schlüsselwörter: *Delir, Angehörige, Co-Betroffene, Kommunikation*

> Aufgabe der Pflege

Informieren, beraten und anleiten

ELISABETH HÖWLER

Nur wer versteht, woran er litt oder aktuell leidet und warum er etwa nach einem Unfall oder einer Operation pflegebedürftig wurde und ist, kann in Zukunft Vorsorge treffen, sich besser rehabilitieren und vielleicht sogar wieder völlig gesund werden. Nur gut informierte, beratene und angeleitete Patienten können die oft anstrengenden und mit großen Mühen verbundenen Aktivitäten akzeptieren – und tragen zur Verbesserung der Erfolgsaussichten bei.



Foto: Africa Studio/Fotolia

Informationen übermitteln

Der International Council of Nurses (ICN) fordert Pflegende dazu auf, Patienten ausreichend zu informieren, um ihnen eine Entscheidung über medizinische und pflegerische Maßnahmen zu ermöglichen. Das Ziel ist es, Fakten und Einschätzungen zu übermitteln und den Kenntnisstand zu erweitern.

Im Vordergrund steht dabei die Wissensvermittlung, z.B. mit einer mündlichen oder schriftlichen Erklärung des Sachverhalts oder einer gezielten Mitteilung. Das können Informationen zu einer verzögerten Wundheilung, Folgen der motorischen/psychischen Störung, Angebote über Frühförderung wie z.B. Logopädie, Ergo-, Physio- oder Familientherapie etc., sein. Der Bedarf an Informationen ist von Pflegenden in Kooperation mit Therapeuten eines interdisziplinären Teams einzuschätzen (Höwler 2016).

Pflegende Angehörige einbeziehen

Auch Familienangehörige, insbesondere Eltern von kranken Kindern oder Jugendlichen, benötigen eine situations- und bedarfsgerechte Information.

Aus dem klinischen Alltag ist längst bekannt, dass hochbelastete Patienten und Angehörige nur einen geringen Prozentsatz der Informationen z.B. aus einem ärztlichen Aufklärungsgespräch behalten, vieles nicht verstehen und sich erst im Kontakt mit Pflegenden erlauben nachzufragen.

Nach den Auswertungen der Literaturübersichten von Hönig et al. (2016) wünschen sich nahezu alle Angehörigen genaue und verständliche Informationen über den Zustand, die Prognose und die Behandlung des Patienten, wobei stets Raum für Hoffnung gelassen werden sollte. Tägliche Arztgespräche

werden ebenso gewünscht wie eine verlässliche und konstante Bezugspflegerin, die das Pflegeprozedere, relevante Stationsmerkmale und die eingesetzten Gerätschaften erläutern. Darüber hinaus wünschen sich die Angehörigen hilfreiche Hinweise, was sie während ihres Besuches für den Erkrankten tun können. Ein dringliches Anliegen von Angehörigen ist es, umgehend benachrichtigt zu werden, sobald sich der Gesundheitszustand des Patienten verändert. Darüber hinaus können die Pflegekräfte den Angehörigen bereits bei deren erstem Patientenbesuch Broschüren mit Zusatzinformationen über ein Krankheitsbild aushändigen – was oft Einfluss auf die Zufriedenheit nimmt. Allgemeine Informationen über die Station und das Krankenhaus zu haben, den Namen der behandelnden Ärzte und Bezugspfleger zu kennen und ein Glossar mit häufig verwendeten Fachbegriffen zu erhalten, scheint medizinische und pflegerische Abläufe transparenter zu machen.

Es sollte aber beachtet werden, dass Broschüren mit Informationen wie psychologischen Hilfestellungen und praktischen Ratschlägen allein keinen großen Effekt auf Angst oder Depressionssymptome haben.

Ergebnisoffene Beratung

Gesetzliche Grundlagen zur pflegerischen Beratung im Rahmen der häuslichen Pflege finden sich im Sozialgesetzbuch (SGB) XI § 37 als Pflichtberatung für Pflegegeldbezieher (halbjährig/vierteljährig). Im § 45 SGB XI werden Pflegeberatungen und -kurse durch Krankenkassen (unentgeltlich) und im § 92c SGB XI wird die Pflegeberatung z.B. in Pflegestützpunkten genannt.

Das Ziel jeder Beratung ist es, die Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit der Patienten und ihrer Angehörigen zu stärken.

Bei der Beratung wird ein individueller Prozess in Gang gesetzt, der ergebnis-

offen angelegt ist und eine Lösung zu einer konkreten Problemstellung vorbereitet. Bezugspfleger lassen sich dabei wertfrei auf die Situation eines Patienten ein und bieten ihm Möglichkeiten bzw. Maßnahmen an, liefern aber keine fertigen Lösungen. Die letzte Entscheidung sollte immer beim Patienten bzw. bei seinem Angehörigen oder gesetzlichem Betreuer liegen.

Alltagssituationen nutzen

Beratungsgespräche müssen nicht zwangsläufig als geplante, terminlich festgelegte und störungsfreie Zusammenkünfte angelegt werden. Vielmehr ergeben sich Beratungsbedarfe oft ad hoc aus der pflegerischen Situation selbst heraus, und die Gespräche werden in die Handlungen direkt eingebettet.

Beispiele hierfür können sein: Während die Pflegekräfte Patienten beim Zähneputzen helfen, können sie ihnen Tipps zur besseren Mundpflege und zur Ernährung geben. Patienten, die eine Chemo- oder Strahlentherapie erhalten, bekommen beim Einreiben von Hautcremes Ratschläge, wie sie Körperpflegemittel künftig nutzen könnten.

Dabei sollten solche Maßnahmen – bezogen auf die individuellen Fähigkeiten des Patienten bzw. seiner Bezugsangehörigen – ausgewählt werden, die im stationären oder poststationären Setting nachhaltig sinnvoll sein könnten. Das können effektive Beratungen mit konkreten Handlungen sein, um eine Sturzgefahr beim Aufstehen aus dem Bett oder beim Gang zur Toilette zu minimieren. Oder Pfleger erläutern bei der Medikamentenvergabe gleich die praktische Anwendung eines Arzneimittels mit wichtigen Hinweisen zu Wechsel- und Nebenwirkungen.

Phasen eines Beratungsgesprächs

Damit ein Beratungsgespräch Erfolg zeigt, sollte es von Pflegenden phasenweise angegangen werden:

1) Ermittlung des Ist-Zustandes

In der ersten Phase wird der Ist-Zustand des Patienten ermittelt. Dabei ist es unabdingbar wahrzunehmen, was der Patient erzählt. Pfleger sollten Patienten ermutigen, über sich zu berichten und ihre Erfahrungen und Gefühle offen zu legen.

Falls der Patient vom Thema abschweift, helfen ihm Pfleger dabei, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und das Problem möglichst einzugrenzen.

2) Ermittlung des Soll-Zustandes

In dieser Phase wird analysiert, was genau in Bezug auf das Gesundheitsverhalten oder die Lebenssituation verändert werden sollte, bzw. verändert werden kann. Gemeinsam mit dem Patienten und seinen Bezugsangehörigen werden Zukunftsbilder entworfen und neue Perspektiven aufgezeigt. Dabei ermutigen Pfleger die Betroffenen zu einer Veränderung der momentanen Situation.

3) Entwicklung von Handlungsstrategien

Anhand eines Brainstormings werden von allen Beteiligten Strategien aufgenommen, die im sozialen Kontext der Patienten realisierbar und alltagstauglich sind. In dieser Phase geht es auch darum, was der Patient als Nächstes konkret tun kann, um eine sofortige Veränderung zu erzielen.

4) Begleitung bei Umsetzungsschritten

Maßnahmen, die bereits während des stationären Aufenthalts umgesetzt werden können, sollten von Pflegenden sogleich empathisch begleitet werden.

Bei Beratungsgesprächen ist es wichtig, Patienten und deren Angehörige darauf aufmerksam zu machen, dass die Fähigkeit des „Hinnehmen-Könnens“ der physischen oder der psychischen Erkrankung unverzichtbar ist. Jede therapeutische Beratung bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge gegenüber einem Patienten, zwischen Aushalten von Symptomen und Eingreifen in abnormale, das soziale Umfeld schädigende Verhaltensweisen, zwischen Bevormundung und unterlassener Hilfeleistung. Darüber hi-

naus geschieht eine Beratung immer in einem Spannungsfeld von unterschiedlichen Bedürfnissen, Forderungen und moralischen Werten aller, die von der physischen oder der psychischen Erkrankung betroffen sind (Höwler 2016). Kompetenzen der Pflegenden, der Patienten und der Angehörigen stehen dabei im Mittelpunkt des ganzheitlichen Pflegeprozesses.

Kommunikationsstrategien anwenden

Kommunikative Strategien, angewendet von Mitarbeitern eines interdisziplinären Teams, verringern bei Patienten und Angehörigen das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung, reduzieren Ängstlichkeit und Depressivität und verbessern die partizipative Entscheidungsfindung (Hönig et al. 2016).

Ein getrenntes Informations- oder Beratungsgespräch mit den Angehörigen kann erforderlich sein, wenn zunächst deren Ängste und Befürchtungen angesprochen werden sollen. Eine große Herausforderung ist es herauszufinden, was der Patient über seine Erkrankung wissen möchte und was nicht. Zwischen Patienteninformation und Patientenanleitung gibt es häufig Überschneidungen. Handlungsleitend sind immer die Bedürfnisse der Patienten und der Angehörigen. Eine Anleitung muss sich am Vorwissen und an den kognitiven Fähigkeiten der Patienten und ihrer Angehörigen orientieren. Das Ziel ist nicht, fertige Lösungen zu präsentieren, sondern Wege aufzuzeigen und mit allen Beteiligten gemeinsam eine Lösung zu finden.

Dabei sollten positive, Vertrauen, Sicherheit und Hoffnung betonende Formulierungen verwendet und potenziell schädigende, negative Wendungen minimiert werden.

Zusammenfassung

Pflege als Interaktion: Patienteninformation, -beratung und -anleitung ist eine Kernaufgabe der Pflegepraxis. Verständliche Informationsweitergabe, stützende Beratungsgespräche oder gelungene Anleitungen zum Gesundheitsverhalten und zum Erkrankungsgeschehen, ausgehend von Pflegenden und Ärzten, verringern bei Patienten und deren Angehörigen das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung, reduzieren Ängstlichkeit und Depressivität und verbessern die partizipative Entscheidungsfindung. Ein aufgeklärter Patient kann zum Experten seiner eigenen Krankheit werden.

Schlüsselwörter: *Information, Beratung, Anleitung, Phasen Beratungsgespräch, Spikes-Schema*

Kommunikative Techniken des SPIKES-Schemas zum Umgang mit Gesprächen in schwierigen Situationen (nach Bruckmann 2005)

S Setting	Vorbereitung der Gesprächssituation
P Perception	Kenntnisstand des Patienten feststellen
I Invitation	Einladung zur Informationsweitergabe
K Knowledge	Vermittlung von Wissen und Informationen
E Empathy	Emotionen des Patienten ansprechen und mit Empathie reagieren
S Strategy und Summary	Planung und Zusammenfassung

Um die subjektive Lebenswelt der Patienten und der Angehörigen kennenzulernen, bieten sich Grundprinzipien der patientenzentrierten Gesprächsführung an: Einfühlung, Echtheit, Akzeptanz und aktives Zuhören mit abwarten, wiederholen, spiegeln, zusammenfassen, zu Nachfragen ermuntern und Redepausen zulassen. Offen gezeigte oder verdeckte Emotionen des Patienten sollten behutsam aufgegriffen werden, damit der Patient und die Angehörigen spüren, dass diese Themen einen Platz im Pflegeablauf haben können. Für schwierige Gesprächssituationen hat sich das empirisch erprobte SPIKES-Schema bewährt (siehe Tabelle).

Geduld und einfache Sprache

Eine gelungene Kommunikation strebt dem Ziel entgegen, das Gesagte, das Gemeinte und das Verstandene in Übereinstimmung zu bringen. In der Realität wird dieses Ziel selbst unter normalen Alltagsbedingungen nur selten erreicht, bei psychosozialen Belastungen oder sogar Lebensgefahr mit schlechter Prognose kann es unmöglich werden. Hinzu kommt, dass Medizin und Pflege von sehr vielen hochkomplexen Informationen, wie z.B. Befunden, Daten, Bildern, und Codes geprägt ist. Ein reiner Informationsaustausch bedeutet noch keine Verständigung, geschweige denn eine gelungene Kommunikation. Patienten und deren Angehörige wollen verstehen und verstanden werden.

Eine umfassende Aufklärung oder Befundmitteilung, wie z.B. die Aussage „... damit der Patient keinen Dekubitus bekommt“ kann je nach Bildungshintergrund des Gesprächspartners schwer verständlich sein. Formulierungen wie „... damit der Patient sich nicht wundliegt“ sind dagegen besser zu verstehen.

Beim Umgang mit Konfliktsituationen stehen dem Menschen von Natur

aus einige Abwehrmechanismen zum Selbstschutz zur Verfügung, wie etwa Vermeidung, Verdrängung, Verleugnung oder Rationalisierung. Diese Mechanismen regulieren widersprüchliche innere Prozesse. Bedrohliche Emotionen oder Fantasien bleiben mehr oder weniger unbewusst, damit das Ich funktions- und handlungsfähig bleibt. Eine Überflutung mit bedrohlichen Emotionen wird vermieden, der damit verbundene Zeit- und Distanzgewinn bewirkt eine gewisse Entlastung. Durch die abwehrassoziierten, irrationalen und bizarren Reaktionsweisen der Betroffenen werden bestimmte Inhalte nur verzerrt oder gar nicht wahrgenommen, was bei einem Patienten z.B. zur kommunikativen Sackgasse, Schweigen, bohrendem Nachfragen oder Ausweichen auf banale Nebenthemen führen kann. Als Folge entspannt sich die kommunikative Situation nicht, sondern es kommt der Eindruck auf, dass es unmöglich ist, mit dem Patienten ein Gespräch zu führen. Später in der Schichtübergabe heißt es dann: „Der Patient oder Angehörige ist schwierig!“ Die meisten aller Beschwerden von Patienten und Angehörigen in Akutkliniken resultieren aus einer unzureichenden Kommunikation (Pffannstiel et al. 2016).

Anleitung von Patienten und Angehörigen

Nach § 3 (2) Nr. 1c des Krankenpflegegesetzes gehört die Patientenanleitung zum gesundheitsförderlichen Verhalten als prüfungsrelevantes Ausbildungsziel in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Darüber hinaus trägt die Einbettung einer strukturierten Patientenanleitung in den stationären Alltag einer Gesundheitseinrichtung den Anforderungen des SGB V Rechnung, da sie die eingeforderte Mitwirkung des Versicherten nach § 1 sicherstellt. Außerdem ist sie eine Maßnahme zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.

Pflegende Angehörige können im Rahmen des § 45 SGBXI eine individuelle Anleitung oder sogenannte Pflegekurse in Anspruch nehmen. Eine Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein oder die Beantragung einer Pflegestufe des Patienten. Ansprechpartner dafür sind ambulante Pflegedienste.

Das Ziel einer Anleitung ist es, praktisches Handeln begleitend zu unterstützen, um einen Patienten zur Selbstpflege zu befähigen.

Dabei geht es um die schrittweise Vermittlung von Inhalten und Fertigkeiten in einem geplanten Ablauf. Anleitung, auch Edukation, Unterweisung, Schulung, bedeutet Bildung, Wissensvermittlung, Erziehung und Kompetenzentwicklung. Dadurch werden Patienten und deren Bezugsangehörigen in der Klinik, in der häuslichen Umgebung oder im Patienteninformationszentrum zur Selbstpflege befähigt bzw. dazu, wieder ein größeres Maß an Selbstgestaltung zu entwickeln (Selbstaktualisierung). So erlangen sie wieder Autonomie, Würde und Selbstkontrolle. Die Anleitungsziele hängen immer von der persönlichen Situation eines Patienten ab, d.h. Anleitungssequenzen sollten personenbezogen und situationsgerecht angelegt sein.

Die zu erreichenden Lernziele beziehen sich auf Herz, Hand und Verstand: Das bedeutet, sie liegen auf unterschiedlichen Ebenen.

1. Ebene: Gefühle (affektiv)
2. Ebene: Handlungen (psycho-motorisch)
3. Ebene: Wissensvermittlung (kognitiv)

Die Kunst einer Anleitung liegt darin, medizinisch-pflegerisches Fachwissen so aufzubereiten, dass auch Laien Zusammenhänge verstehen und weder über- noch unterfordert werden. Da insbesondere chronisch Kranke Spezialisten ihrer Erkrankung sind, bezieht man ihre Fähig- und Fertigkeiten mit ein. Bedeutsam ist es nicht nur, fachliches Wissen zu vermitteln, sondern den sozialen Bezug der Patienten zu berücksichtigen. Für erfolgreiche Anleitungen brauchen Pflegende je nach Altersstufe eines Patienten neben anschaulichem schriftlichem Material, wie z.B. Broschüren, Bilderbücher, Bildtafeln, Poster und Videos, auch praktisches Demonstrationsmaterial wie Gehhilfen, Toiletten-sitze oder Inkontinenzvorlagen.

Förderung der Eigenaktivität

Am Ende einer Anleitung sollte die „Förderung der Eigenaktivität“ als ein klar definiertes Ziel erreicht werden. Das kann z.B. die Schulung eines Angehörigen von einem Patienten mit Lähmungen (Hemiplegie) zu einer speziellen Lagerungsmethode, z.B. nach Bobath, sein.

Weitere Beispiele: Anleitung beim Wechsel eines künstlichen Darmausganges (Enterostoma), Insulininjektionen unter die Haut (subkutan), Verbandswechsel, Einkauf und Zubereitung einer vollwertigen Mahlzeit im Rahmen der Ernährung bei Diabetes mellitus. Kurze Schulungen, auch Mikroschulungen genannt, lassen sich ohne Terminierung im Stationsablauf umsetzen und sind nicht zeitintensiv (Dauer von ca. 10 bis 30 Minuten). Beispiele sind: Gabe von Augentropfen, Antibiotikamedikation, Anziehen von Anti-Thrombosestrümpfen, Umgang mit Fatigue, Harnableitungen, Selbstkatheterismus, Wundversorgung, Stillen. Eine Anleitung kann sowohl in Gruppen als auch im Einzelkontakt gestaltet werden.

Was der Patient selber durchführen kann, das sollte er auch selber tun. Das Wiedererlernen der Selbstständigkeit gelingt aber nur bei konsequenter An-

wendung. Jede Aktivität, die Pflegenden einem Patienten unnötigerweise abnehmen, verspielt seine Chance, wieder eigenständiger im Alltag zu werden. Hilfe im kurativen, rehabilitativen oder palliativen Sinn sollte immer auch Hilfe zur Selbsthilfe sein. Viele Patienten kommen mit der Einstellung in ein Krankenhaus, das Pflegeteam sei eine Art Servicepersonal. Dann sollten Patienten über die Vorteile der aktivierenden Pflege informiert werden. Es bedarf erheblicher Argumentationskunst, Patienten und deren Bezugsangehörigen, die in Krankenhäusern bisher andere Versorgungs-Konzeptionen gewöhnt sind, die Notwendigkeit dieser Anstrengung zu vermitteln. Nur wenn der Patient zu einer veränderten Lebensführung bereit ist, können seine Ressourcen und die seiner Angehörigen effektiv genutzt werden.

Fazit

Wenn Patienten und ihre Angehörigen wissen, woran sie gesundheitlich sind oder welche Behandlungsmöglichkeiten auf sie zukommen, können sie besser mit ihrer Erkrankung und Lebenssituation umgehen. Bei fehlender Information, Beratung und Anleitung setzen bei Patienten angstvolle Fantasien ein. Dies vermindert Qualität von Therapie bzw.

Pflege, weil die Betroffenen die zum Heilungserfolg notwendige Mitarbeit (Compliance/Adhärenz) nicht leisten.

Die Übersichtstabelle stellt wesentliche Unterschiede von Information, Beratung und Anleitung für die Pflegepraxis nochmals heraus. <<



Literatur

- Bruckmann R.A. (2005) Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2 (2) S. 138-142.
- Hönig K. & Gündel H. (2016) Angehörige auf Intensivstationen. (Un)Befriedigte Bedürfnisse. *Nervenarzt* 87 (3), S. 269-275.
- Höwler E. (2016) Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Springer Berlin-Heidelberg.
- Pfannstiel M.A., Rasche C., Mehlich H. (2016) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz. Springer Gabler, Wiesbaden.
- Netzwerk Patienten- und Familienbildung in der Pflege e.V. (2014) Patienten- und Familienbildung. www.patientenbildung.de, Zugriff am 18. Juli 2016.

Autorenkontakt:

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler, Trier ist in der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig
Kontakt: elisabethhoewler@yahoo.de

Interaktion	Rahmen	Ziel	Material	Besonderheit
Information	mündlich oder schriftlich, verständlich, anschaulich, zeitlich begrenzt	Wissensvermittlung, Aufklärung	Broschüren, Bilderbücher, Fotos, Plakate, Flyer u.a.	Mitgabe von Adressen und Telefonnummern: z.B. Sanitätshäuser, Selbsthilfegruppe, orthopädischer Schuhmacher, Fachkliniken, Therapeuten etc.
Beratung	mündlich nach Terminvergabe, adäquate Raumgestaltung (-atmosphäre), Einbezug von Angehörigen/Betreuer, Zeitplan u.a. für Rückfragen	Entscheidungsfindung bei Problemen erleichtern	Je nach Thematik Bildmaterial zur visuellen Unterstützung	schriftliches Beratungsprotokoll (u.a. zur juristischen Absicherung) z.B. bei: Sturz- oder Dekubitusprophylaxe, Förderung der Kontinenz, Schienenversorgung etc.
Anleitung	praktisch, handlungsleitend, Handlungsschritte aufgeteilt in Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Prinzip: Vormachen/Nachmachen, d.h. Handlung wird verbal und praktisch von Pflegenden vorgeführt, Patient vollzieht Handlung im Anschluss selbst	Vermittlung von Fertigkeiten, Selbstständigkeitstraining, Förderung von Selbstverantwortung	medizinische und pflegerische Produkte: Hilfsmittel/Medizinprodukte, Medikamente etc., evtl. bildlich-schriftlich Handlungsanleitungen in kleinen Schritten	Je nach Komplexität Wiederholungssequenzen und Pausen einplanen

> Akademische Pflegekräfte

Organisationsmodelle im Krankenhaus

PETER STRATMEYER

Zunehmend und mit immer schnellerer Geschwindigkeit entwickelt sich Pflege zu einer eigenen Wissenschaft. Mittlerweile gibt es deutschlandweit ein sehr großes Angebot von primärqualifizierenden und berufsaufbauenden Studiengängen und somit eine kontinuierlich wachsende Anzahl von akademisch qualifizierten Pflegekräften auf Bachelor- und Masterniveau. Es ist damit eine wissenschaftlich gebotene und bildungspolitisch gewollte Entwicklung eingeleitet, die unumkehrbar ist und auch Anschluss an internationale Standards gefunden hat (Wissenschaftsrat 2012).

Mittlerweile gibt es einschlägige Empfehlungen für den Einsatz von akademischen Pflegekräften (Deutscher Pflegerat & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2014; Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken 2015). Die Krankenhäuser scheinen aber in ihrer Praxis zur Einstellung akademischer Pflegekräfte noch kaum konkrete Vorstellungen zu haben. Damit ist sowohl das Risiko verbunden, dass der Mehrwert akademischer Qualifikation ungenutzt bleibt, als auch dass diese Pflegenden nicht dauerhaft für die direkte Patientenversorgung gewonnen werden können. Symptomatisch dürfte eine Studie von Hintner sein (2016). Auszubildende und Studierende der Pflege im ersten und dritten Ausbildungsjahr wurden an fünf österreichischen Ausbildungsstätten befragt. Gut Dreiviertel der 158 Auszubildenden sahen ihre berufliche Zukunft in der Gesundheits- und Krankenpflege, aber nur knapp die Hälfte der 161 Studierenden.

Die Einstellung der akademischen Pflegekräfte bedeutet einen Systemeingriff in das Krankenhaus, der, um erfolgreich zu sein, angemessen betrieblich zu gestalten ist.

Insgesamt ist sehr wenig darüber bekannt, welche Projekte in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder in der ambulanten Pflege durchgeführt werden, die sich gezielt mit dem Einsatz von akademischen Pflegekräften beschäftigen.

In diesem Beitrag sollen Organisationsprojekte in einer Auswahl von Krankenhäusern vorgestellt werden, die das Ziel eint, die pflegfachliche Entwicklung insbesondere durch den Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegekräften zu befördern. Dabei handelt es sich um eine Auswahl von Krankenhäusern,

von denen über persönliche Kontakte, Kongressbeiträge oder Informationen Dritter bekannt war, dass sie sich des Themas in besonderer Weise annehmen. Mit Ausnahme des letzten Modells, das auf ein mehrjähriges, wissenschaftlich begleitetes Forschungsprojekt zurückgeht, handelt es sich um insgesamt drei Projekte, die von einer Studierenden-Gruppe des Dualen Studiengangs Pflege an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) im Rahmen eines Fachprojekts analysiert wurden. Als Datenmaterial standen den Studierenden – soweit vorhanden – schriftliche Dokumente und ein von ihnen erarbeiteter relativ umfangreicher Fragebogen zur Verfügung, der von den Projektverantwortlichen in den Häusern ausgefüllt wurde (Achilles et al. 2016).

Die Veröffentlichung der Ergebnisse wurde im Vorfeld von den Pflegedienstleitungen der beteiligten Krankenhäuser autorisiert. Unter anderem wurden folgende Fragen untersucht:

- Wie ist das Organisationsmodell grundlegend gestaltet?
- Wie sind die Zuständigkeiten, (Weisungs-)Befugnisse für die pflegerische Patientenversorgung geregelt?
- Gibt es gestufte Verantwortungsbereiche in Orientierung auf die unterschiedlichen Qualifikationen?
- Wem sind die akademischen Pflegekräfte fachlich und disziplinarisch unterstellt?

Universitätsklinikum Regensburg

Das Universitätsklinikum Regensburg gehört mit über 4.000 Beschäftigten zu den mittelgroßen Unikliniken Deutschlands. 2014 wurden rund 136.000 Pa-

tienten ambulant und knapp 33.000 stationär bzw. teilstationär behandelt. Der Pflegedienst umfasst etwa 1.600 Mitarbeiter. Das Krankenhaus hat eine Stabsstelle „Pflegeentwicklung“ eingerichtet, die maßgeblich die Erstellung des Organisationsmodells betrieben hat. Die Stelleninhaberin, Frau Kirstin Fragemann, hatte Kontakt zur Studierenden-Gruppe und hat die Informationen bereitgestellt.

Im Regensburger Uni-Klinikum wird ein Anteil akademischer Pflegekräfte auf Bachelorniveau von 5–6% und auf Masterniveau von 0,3–0,4% angestrebt, was einer Anzahl von etwa 90 bzw. 6 Pflegekräften entspricht. Um die akademischen Pflegekräfte systematisch in die Versorgung einzubinden, wurden die Qualifizierungsprofile der Hochschulen im weiten Umkreis der Klinik analysiert. Im Ergebnis wurde ein Stufenmodell entwickelt, das die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus beschreibt. Die erste Stufe wird mit dem Erwerb der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und (Kinder-)krankenpflege“ erreicht. Die insgesamt sechs Entwicklungsstufen orientieren sich an den Kompetenzstufen von Benner (2000) und an den Karrieremodellen aus den USA, Canada und der Schweiz (vgl. Abb. 1). Ab Stufe vier findet eine Differenzierung zwischen Laufbahntypen statt. Neben akademischen Pflegekräften mit Bachelorabschluss können nicht-akademische Pflegekräfte mit entsprechenden Weiterbildungen die Stufe vier erreichen. Ab Stufe fünf wird ein Masterabschluss für die akademische Pflegepraxis vorausgesetzt.

Berufliche Positionen auf Masterniveau sollen sich zukünftig am Modell des Advanced Nursing Practice (ANP, nach dem ICN) orientieren. Im Weiteren

wird nur noch Bezug auf Bachelorabsolventen genommen, für die vorrangig eine klinische Laufbahn vorgesehen ist. Für Bachelorabsolventen konnten potenzielle Aufgabenbereiche identifiziert werden, die eine Erweiterung der üblichen Pflegeaufgaben darstellen und den akademischen Pflegekräften vorbehalten sein sollten:

- Systematischer Einsatz von Assessment-Instrumenten für die bedarfsorientierte Pflege und Beratung
- Sicherstellung evidenzbasierter Pflege
- Weiterentwicklung der Fachexpertise in der Abteilung
- Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Unterstützung der Entwicklung und Umsetzung von Praxis- und Forschungsprojekten

Diese allgemeinen erweiterten Aufgaben werden für die jeweiligen Fachabteilungen spezifiziert. Zudem wurde übergangsweise bis zu einer tariflichen Lösung ein Zulagensystem zur Honorierung dieser Leistungen erarbeitet.

Die Eingliederung der akademischen Pflegekräfte wird durch ein spezielles Programm mit sich ergänzenden Bausteinen begleitet. Es beginnt frühestens sechs Monate nach Einstellung bzw. nach Abschluss der letzten Studienphase, um zunächst nach dem im Hause üblichen klinischen Einarbeitungskonzepten eine Integration in den jeweiligen Abteilungen zu gewährleisten:

- Es wurde ein spezielles Mentoring-Programm entwickelt (Mentoring-Programm Pflege Plus®).
- Etabliert wurde der „Arbeitskreis Akademisierte Pflege“ sowie

•• ein Konzept für ein betriebliches „Netzwerk Pflegestudium“.

Das Mentoring-Programm zielt darauf ab, die Pflegekräfte über 6 bis 9 Monate gezielt nach einem modular aufgebauten Curriculum auf ihre speziellen Aufgaben vorzubereiten. Im Zentrum steht aber der Theorie-Praxis-Transfer pflegewissenschaftlichen, evidenzbasierten Wissens. Der abteilungsübergreifende „Arbeitskreis Akademisierte Pflege“ zielt darauf ab, die patientenbezogene Anwendung der wissenschaftlichen Pflegekompetenzen durch Vernetzung der akademischen Mitarbeiter zu unterstützen.

Das „Netzwerk Pflegestudium“ soll am UKR Studierende aller Richtungen eines pflegebezogenen Studiengangs ansprechen, und bietet die Möglichkeit, sich über einen geschützten Mitgliederbereich auf einer E-Learning-Plattform auszutauschen. Konkret werden Studieninhalte diskutiert und es können einzelne Themen im Sinne eines Journal Clubs erarbeitet werden.

Die akademischen Pflegekräfte sind wie alle anderen Pflegenden fachlich wie disziplinarisch der Stationsleitung unterstellt. Im Bereich der wissenschaftlichen Aufgaben, die geschätzt im Durchschnitt etwa 25% der Arbeitszeit ausmachen können, erfolgt auch eine direkte Unterstellung unter die Pflegedirektion und unter die Stabsstelle Pflegeentwicklung. Für die Pflegefachspezialisten (Stufe 4) ist vorgesehen, ihnen im Zuge der Restrukturierung des Führungssystems auch fachliche Weisungsbefugnis gegenüber anderen Pflegenden zu übertragen.

Angestrebt wird, dass an die Spezialisierung auch eine besondere fachliche Verantwortung in der Patientenversorgung für komplexe Fälle gekoppelt wird, z.B. für Pflege von demenziell Kranken. So wird derzeit die Position eines Demenzkoordinators implementiert. Aufgaben des Case-Managements werden hingegen wie bisher von seit langem etablierten und qualifizierten Case-Managerinnen übernommen (Dahlgaard & Stratmeyer 2014). Die Personalentwicklung am Uniklinikum Regensburg stützt sich künftig vor allem auf drei Laufbahnkonzepte:

- Führungskarriere mit Personal-, Sach- und organisatorischer Verantwortung
- Fachkarriere
- Projektkarriere

Mittelfristig strebt das Uniklinikum Regensburg die Etablierung einer geteilten Leitungsebene, vertreten durch eine fachverantwortliche Position und eine personalverantwortliche Position in einer Stationseinheit an.

Bonifatius Hospital Lingen

Das Bonifatius Hospital Lingen gehört zu einem freigemeinnützigen Trägerverein (St. Bonifatius Hospitalgesellschaft Lingen e.V.). Es beschäftigt über 1.400 Mitarbeiter, von denen etwa 700 (330 Vollkräfte) zum Pflegedienst gehören. 2013 wurden 60.000 Patienten ambulant und 20.000 stationär versorgt (401 Planbetten sowie 50 geriatrische Rehabilitationsplätze). Herr Daniel Unkraut, Assistent der Pflegedirektion, hatte die Fragen der Studierenden für das Haus beantwortet.

Mit dem Einsatz akademischer Pflegekräfte wird eine Steigerung der pflegerischen Versorgungsqualität verfolgt, indem neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis gelangen und Maßnahmen auf Wirksamkeit geprüft werden. Das Krankenhaus strebt langfristig einen Anteil von 20 bis 30% Pflegekräften auf Bachelorniveau und 0,5% auf Master-niveau an (etwa 80–90 bzw. 1,5 Vollkraft-Stellen). Die akademischen Pflegekräfte werden in der Patientenversorgung eingesetzt und durchlaufen ein einjähriges Traineeprogramm. Nach der hausüblichen Einarbeitung während der Probezeit verbleiben sie auf einer Heimatstation und können dann für etwa 3 Monate auf eine andere Station wechseln. Nach

Abbildung 1: Pflege-Laufbahnmodell des Universitätsklinikums Regensburg

Pflege-Laufbahnmodell des Universitätsklinikums Regensburg			
Stufe 6		Leitung Professionelle Pflege	
Stufe 5		Pflegeexperte (ANP)	
Stufe 4	Pflegefachspezialisten (Weiterbildung > 1 Jahr)	Akademische Pflegefachspezialisten	Stationsleitung
Stufe 3		Pflegespezialisten (Weiterbildung < 1 Jahr)	
Stufe 2		Erfahrene Pflegefachkraft	
Stufe 1		Berufsanfänger Pflegefachkraft	

dem Traineeprogramm arbeiten die akademischen Pflegekräfte neben ihrer Stationsarbeit in einem „Wissenschaftlichen Kompetenz Team“ (WKT) mit, das von der Pflegedirektion geleitet wird (vgl. Abb. 2). Inhaltlich beschäftigt sich das WKT mit übergreifenden pflegewissenschaftlichen Themen und Projekten zur Weiterentwicklung der Pflege im Bonifatius Hospital wie z.B.:

- Implementierung von Expertenstandards
- Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Pflegestandards
- Mitarbeit an verschiedenen Projekten

Die Mitarbeit im WKT qualifiziert die akademischen Pflegekräfte als wissenschaftliche Mitarbeiter auf ihrer Station im Rahmen der direkten Patientenversorgung tätig zu sein.

Mittelfristig wird angestrebt, dass in den jeweiligen Abteilungen mindestens eine akademische Pflegekraft eingesetzt wird, die die Themen aus dem WKT auf den Stationen in die tägliche Praxis umsetzt. Langfristiges Ziel des Bonifatius Hospitals ist es, dass akademische Pflegekräfte als Primary Nurses eingesetzt werden. Sie übernehmen dann von der Aufnahme bis zur Entlassung die Verantwortung für den Patienten und steuern die pflegetherapeutischen Prozesse auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie unter Betrachtung der betriebswirtschaftlichen Bedingungen. Darüber hinaus sollen sie Expertenfunktionen übernehmen, z.B. Wundexperten, Palliativ Care u.a.

Abbildung 2: Modell zur Eingliederung akademischer Pflegekräfte des Bonifatius Hospitals Lingen

Modell zur Eingliederung akademischer Pflegekräfte des Bonifatius Hospitals Lingen
Primäre Pflegekraft und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Station/ Mitarbeit im WKT für ausgewählte Pflegende
Wissenschaftlicher Mitarbeiter auf der Station/Mitarbeit im WKT
Mitarbeit im Wissenschaftlichen Kompetenzteam (WKT)
Zwölfmonatiges Traineeprogramm
Einarbeitung in der Abteilung

Die akademischen Pflegekräfte sind sowohl direkt ihren Stationsleitungen als auch der Pflegedirektion disziplinarisch und fachlich unterstellt. Sie selber haben kein Weisungsrecht gegenüber anderen Pflegekräften. In der Übernahme der wissenschaftlichen Aufgaben sind sie direkt fachlich und disziplinarisch der Pflegedirektion unterstellt. Dies gilt auch für die Mitarbeit in stationsübergreifenden Projekten. Bei stationsgebundenen Projekten unterstehen sie der Stationsleitung.

Klinken des Landkreises Neumarkt in der Oberpfalz

Die Kliniken Neumarkt haben einen Standort mit 457 Betten und eine weitere Fachklinik für Innere Krankheiten in Parsberg mit 50 Betten. In beiden Standorten werden 26.000 Patienten stationär und rund 48.000 Patienten ambulant betreut. Für die Versorgung stehen insgesamt 1.400 Mitarbeiter zur Verfügung, von denen etwa 470 Vollkräfte zum Pflegedienst gehören. Der Leiter des Pflegedienstes, Herr Bernhard Krautz, stand den Studierenden für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung. Es ist eine Stabsstelle Pflegewissenschaft bei der Pflegedienstleitung angesiedelt.

Im Klinikum wird der Bedarf langfristig mit 15–20% der Pflegekräfte auf Bachelor- und 1–2% auf Masterniveau kalkuliert. Der Einsatz akademischer Pflegekräfte ist Kern eines Praxisentwicklungskonzepts. Um die Entwicklungsbedarfe der Pflege zu erfassen, wurde unter der Federführung der Stabsstelle Pflegewissenschaft zunächst eine Stärken-Schwächen-Analyse im Führungskräftekreis durchgeführt. Im nächsten Schritt erfolgte eine systematische, literaturgestützte Trendanalyse, um die absehbaren Herausforderungen für die akutstationäre Pflege in Deutschland zu erfassen. Auf dieser Grundlage wurde ein „Aktionsplan“ entwickelt, in dem die Ziele, die Meilensteine und die Evaluationskriterien konkretisiert wurden. Der Aktionsplan umfasst u.a. folgende Arbeitspakete:

- Vision Pflege
- Fallführungskonzept
- Fallführungstraining
- Definition der Fachverantwortlichkeit
- Leadership-Programm

Die akademischen Pflegekräfte sollen in diesem Konzept eine zentrale Rolle in

der Fallführung und Fachverantwortlichkeit übernehmen. Unter Fallverantwortung wird primär die „Realisierung der Pflegeprozesssteuerung durch Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess“ verstanden. Dabei handelt es sich nicht um eine Vorbehaltsaufgabe für Bachelorabsolventen – sie kann auch von anderen Gesundheits- und Krankenpflegekräften übernommen werden, sofern sie ein Trainingsprogramm durchlaufen haben. Das Fallführungskonzept entlehnt Elemente des Modells Primary Nursing (Verantwortungsübernahme, Kontinuität) sowie des Case Managements (Informationsbündelung) und wird wesentlich durch Aspekte von Pflegeassessments und –diagnostik erweitert.

Fachverantwortung bedeutet die „fachlich-inhaltliche Entwicklung der Pflege auf der Station“, worunter die kritische Reflexion der Pflegepraxis, die Ermittlung von Entwicklungsbedarfen und die Recherche und Adaption bzw. Implementierung neuer Pflegeinterventionen fallen. Bei der Fachverantwortung handelt es sich um eine Vorbehaltsaufgabe für Pflegekräfte mit Bachelorabschluss. Diese Kombination von Fach- und Fallverantwortung in der akademischen Pflegerolle ist spezifisch für das Neumarkter Konzept, da die Beteiligten der Überzeugung sind, dass Bachelorabsolventen nur im Zusammenspiel dieser Aufgaben ihr volles Potenzial entfalten und die Patientenversorgung verbessern können.

Zu einem späteren Zeitpunkt sollen Expertenfunktionen wie Wundexperten u.ä. im Sinne der erweiterten Pflegeaufgaben (Advanced Nursing Practice) für Bachelorabsolventen aufgebaut werden. Für die Realisierung der Fachverantwortung wird ein Anteil von 20 bis 25% der Arbeitszeit geschätzt.

Disziplinarisch und fachlich sind die akademischen Pflegekräfte ihren Stationsleitungen unterstellt. Vorgesetzte im Bereich der wissenschaftlichen Aufgaben ist die Stabsstelle Pflegewissenschaft. Im Bereich der Fall- und Fachverantwortung sind sie den anderen Pflegekräften auf den Stationen gegenüber fachlich weisungsbefugt.

DRK Krankenhaus Clemen-tinchen Hannover

Dieses Projekt unterscheidet sich von den anderen insbesondere dadurch,

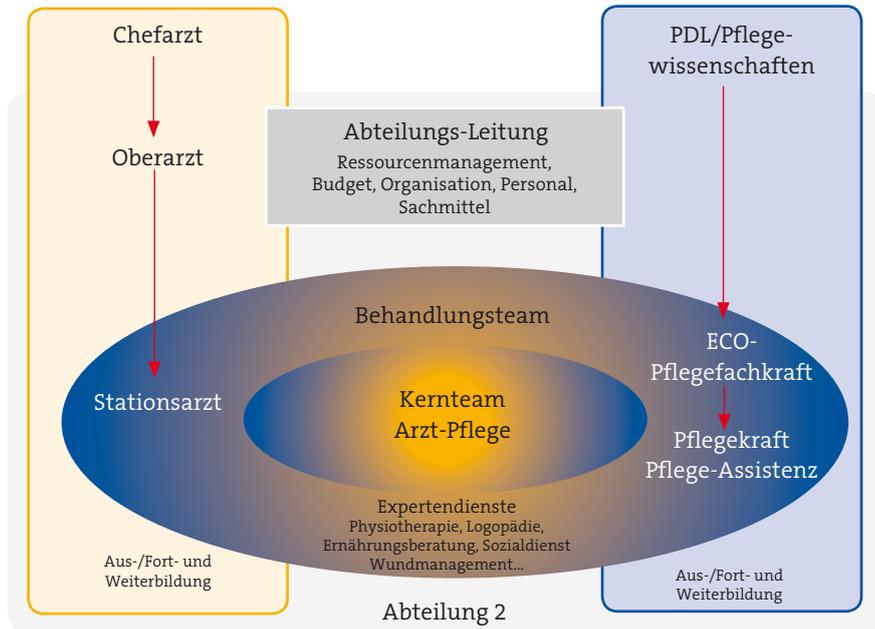


Abbildung 3: ECO®-Modell DRK Krankenhaus Clementinenhaus

dass der Ausgangspunkt die Optimierung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden auf der Grundlage des Prozessmanagements war. Das Projekt weist eine inhaltliche Nähe zum Modell „Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus“ (KoPM®) auf (Dahlgaard & Stratmeyer 2006). Dieses Projekt wurde vom Autor wissenschaftlich begleitet (Dahlgaard, K. & Stratmeyer, P. 2014b).

Das Clementinenhaus ist mit 245 Betten ein eher kleines Krankenhaus, das sich in Hannovers Zentrum befindet. Es beschäftigt insgesamt 480 Mitarbeiter, von denen 200 zur Pflegegruppe gehören. Es werden pro Jahr etwa 12.000 Patienten stationär und 11.000 Patienten ambulant behandelt. Vor dem Hintergrund der besonderen Wettbewerbssituation mit vielen großen Krankenhäusern in der unmittelbaren Umgebung, wurde frühzeitig die Entscheidung getroffen, nur durch ein besonderes Leistungsangebot auf hohem Qualitätsniveau auf Dauer bestehen zu können. Dabei sollte die effiziente Steuerung komplexer Behandlungsprozesse verbunden werden mit einem eindeutigen Patientenbezug. In diesen strategischen Überlegungen sollten die Pflegenden eine wesentliche Funktion übernehmen. Der eigenständige pflegerische Versorgungsauftrag sowie die Mitarbeit im Medizinprozess sollten erweitert werden. Es sollten zudem klare Verantwortlichkeiten in der Patientenversorgung durch Einführung der Bezugsfunktion für durchschnitt-

lich 14 bis 16 Patienten geschaffen werden. An diese Funktion sollte die Koordination aller patientenbezogenen Versorgungsprozesse dieser Patienten gekoppelt werden (sog. Primary-Nurse-Case-Management). Es handelt sich um ein kooperatives Modell: Den Bezugspflegenden ist ein Bezugsarzt zur Seite gestellt, gemeinsam stellen sie das Kernteam dar, das in allen medizinischen und pflegerischen Belangen als Ansprechpartner für Patienten, Angehörige und andere Berufsgruppen fungiert.

Für die Bezugsfunktion wurden besonders engagierte und befähigte Pflegekräfte ausgewählt, die in einer spezifischen Weiterbildung auf ihre Aufgaben vorbereitet wurden. Insgesamt wurden 26 Pflegekräfte für die Übernahme der Bezugspflege qualifiziert. Dies entspricht einem Anteil von 13% aller Pflegenden, bzw. 17,5% auf Basis der Vollkräfte. In Zukunft sollen die Funktionen zunehmend von akademisch qualifizierten Pflegekräften wahrgenommen werden. Das Aufgabenprofil umfasst drei Kernbereiche mit den jeweils erweiterten Aufgabenbereichen:

- Erweiterte Aufgaben im Pflegeprozess: Die Bezugspflegenden übernehmen die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess in den drei Dimensionen:
 - Körperfunktionsorientierung (alle Aufgaben, die dazu dienen, verlorene bzw. eingeschränkte Funktionalität des Körpers zu erhalten,

wiederherzustellen oder zu substituieren.)

- Psychosoziale Begleitung (sorgende Begleitung von Patienten und Angehörigen zur Bewältigung von Auswirkungen chronischer Krankheiten auf das tägliche Leben vor und nach dem Aufenthalt).
- Verhaltens- und handlungsorientierte Unterstützung (Patienten- und Angehörigenschulung und Beratung, Empowerment).
- Erweiterte Aufgaben im Medizinprozess: Zur Optimierung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden wurden Überschneidungen der Teilprozesse identifiziert und an die Bezugspflegenden delegiert. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten, die im alltäglichen Ablauf häufiger zu Störungen und Rückfragen geführt haben und die bei entsprechender Qualifizierung von Pflegenden weitgehend selbstständig durchgeführt werden können (Medikamentenmonitoring, präoperatives Assessment, postoperative Überwachung, Management von Alltagsbeschwerden, Schmerz- und Wundmanagement, Routinediagnostik).
- Managementaufgaben in der direkten Patientenversorgung: Dieser Komplex umfasst alle patientenbezogenen Prozessmanagementaufgaben, z.B.
 - Koordination von Diagnostik und Therapie nach zeitlichen und sachlichen Erfordernissen
 - Veranlassen der Untersuchungen und Therapien auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung
 - Überprüfung der ordnungsgemäßen Anordnung, Überwachung der Befundeingänge, Absprachen mit Funktionsabteilungen
 - Entlass-Management

Zur Unterstützung der Bezugspflegenden können Expertendienste angefordert werden. Derzeit sind Wundtherapeuten, Pain Nurses und Adipositasexperten (im Rahmen der bariatrischen Chirurgie) im Hause tätig.

Die Bezugspflegenden stellen patientenbezogen die obere fachliche Leitungsebene dar, die ihr Handeln gegenüber den ihnen zugeordneten Bezugsärzten rechtfertigen. Die Bezugspflegenden sind in ihrem Pflegebereich gegenüber den Pflegekräften fachlich weisungsbefugt. Die disziplinarische Leitung der Abteilung, die etwa vier Pflegebereiche

umfasst, wird berufsübergreifend von einer Abteilungsleitung wahrgenommen. Sie ist für das gesamte Ressourcenmanagement (Budget, Organisation, Personal, Sachmittel) und für das übergeordnete – nicht auf die einzelnen Patienten bezogene – Prozessmanagement verantwortlich. Die Funktion der Stationsleitung wurde abgeschafft (vgl. Abb. 3).

Für die Initiierung, Durchführung und Steuerung der pflegfachlichen Entwicklung (wie bspw. die Revision des Pflegeprozesses) wurde die bei der Krankenhausleitung angesiedelte Stabsstelle einer Pflegewissenschaftlerin geschaffen.

2014 wurde das von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Projekt abgeschlossen. In diesem Jahr findet eine Follow-up-Evaluation statt.

Resümee

Allen dargestellten Projekten ist gemein, dass die fachliche Entwicklung der Pflege auf die Agenda gesetzt wurde und dafür auch Ressourcen sowohl für die Konzeptentwicklung und –umsetzung zur Verfügung gestellt wurden als auch für die Entwicklungsaufgaben selber.

Gemeinsam ist allen dargestellten Projekten auch, dass die zentrale Aufgabe der pflegfachlichen Entwicklung nicht in Büros fernab der Patientenversorgung stattfinden soll, sondern im konkreten Handlungsfeld der pflegerischen Versorgung. In unterschiedlicher Akzentuierung kommt den akademischen Pflegekräften dabei eine besondere Fachverantwortung zu, die sich z.T. auch in fachlichen Weisungsbefugnissen ausdrückt. Wenn auch unterschiedliche Wege gegangen werden, so wird

in allen Projekten davon ausgegangen, dass die Eingliederung der akademischen Pflegekräfte durch ein gestuftes Laufbahnkonzept zu erfolgen hat.

Im Grundsatz scheinen sich alle Projektverantwortlichen darüber im Klaren zu sein, dass sie sich auf ein größeres, mehrjähriges Organisations- bzw. Change-Management-Vorhaben einzustellen haben. Als besondere Herausforderung sehen sie:

- die bisher tariflich nicht leistungsgerechte Eingruppierung der akademischen Pflegekräfte
- die Anforderung, das Anliegen hinreichend bei den Mitarbeitern transparent zu machen
- Rollenkonflikte innerhalb der Pflegegruppe und mit anderen Berufsgruppen durch die Veränderung von Aufgabenprofilen und Verantwortungszunahme für die akademischen Pflegekräfte
- dass angesichts des Kostendrucks Ressourcen für die Entwicklungsarbeit und die wissenschaftlichen Aufgaben nicht im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen

Mit Ausnahme des Clementinenhauses haben die Krankenhäuser auf eine wissenschaftliche Begleitung der Modellvorhaben verzichtet. Das Projekt im Clementinenhaus wurde 2014 beendet, die Evaluationsergebnisse sind überwiegend positiv ausgefallen und lassen optimistisch auf einen weiteren Verlauf blicken. Die Evaluationen der anderen Projekte stehen noch aus. Es ist den Projekten zu wünschen, dass die damit verbundenen Ziele erreicht werden. Für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Pflege ist darüber hinaus zu hoffen, dass die Projekte auch Nachahmer finden. <<



Literatur

Achilles I., Giebel C., Hillebrandt L., Meyer B. & Weber F. (2016): Fachprojekt Einbindung akademischer Pflegekräfte in die pflegerische Praxis. Hochschule für Angewandte Wissenschaften (nichtveröffentlichter Fachprojektbericht)

Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz (From novice to expert). Hans Huber, Bern 2000, S. 41 - 50.

Dahlgaard, K. & Stratmeyer, P. (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Themenband 3: Struktur- und Leitungsorganisation. Neuwied; Köln, München: Wolters Kluwer

Dahlgaard, K. & Stratmeyer, P. (2008): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. (Sammelordner mit acht Bänden). Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer

Dahlgaard, K. & Stratmeyer, P. (2014a): Fallsteuerung im Krankenhaus. Effizienz durch Case Management und Prozessmanagement. Stuttgart: Kohlhammer

Dahlgaard, K. & Stratmeyer, P. (2014b): Wie Ärzte und Pflegendes besser zusammenarbeiten. Evaluationsbericht über das Forschungs- und Transfervorhaben. Hamburg: HAW

Gerst, T. & Hibbeler, B. (2012): Gesundheitsfachberufe: Auf dem Weg in die Akademisierung. Dtsch. Ärzteblatt 109 (49): A-2458 / B-2012 / C-1968.

Hintner, B. (2016): Karrierevorstellungen von Auszubildenden der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege mit und ohne Bachelorstudium in Österreich. Pflegewissenschaft 18, S. 236 – 245

Kessler, H. & Winkelhofer, G. (2004): Projektmanagement. Leitfaden zur Steuerung und Führung von Projekten. Berlin u.a.: Springer

Prammer, K. (2009): Transformationsmanagement. Theorie und Werkzeugset für betriebliche Veränderungsprozesse. Heidelberg: Carl-Auer Verlag

Schierck, S. (2010) Soziale Interaktion zwischen Pflegekräften und PatientInnen. Eine empirische Studie innerhalb einer Nursind Development Unit in England. Pflege 13, 234–241.

Verband der Pflegedirektorinnen der Unikliniken (VPU) (2015): Einsatz akademisch qualifizierter Pflegepersonen in der Praxis. Berlin

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin

Zusammenfassung

Die Gruppe der akademisch qualifizierten Pflegekräfte, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind, wird immer größer. Bisher gibt es kaum Organisationsmodelle, die die Potenziale der wissenschaftlichen Kompetenzen sinnvoll in die Strukturen und Prozessabläufe integrieren. Es werden hier vier Modelle aus Krankenhäusern vorgestellt, in denen die fachliche Entwicklung der Pflege unter Einbezug akademischer Pflegekräfte organisiert wird. Bei sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen ist allen Modellen ein gestuftes Laufbahnkonzept zur schrittweisen Verantwortungsübernahme gemeinsam und dass die pflegewissenschaftliche Entwicklung eng mit der direkten Patientenversorgung verknüpft wird.

Schlüsselwörter: Akademische Pflegekräfte, Organisationsmodelle pflegfachliche Entwicklung, Laufbahnkonzepte in der Pflege

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Peter Stratmeyer, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Kontakt:
peter.stratmeyer@haw-hamburg.de



> Pflegenotstand

Ein Leben lang im Krankenhaus arbeiten – geht das?

JOACHIM HASEBROOK & KLAUS HAHNENKAMP

Trotz steigender Fallzahlen und Fallschwere wird immer mehr Pflegepersonal abgebaut. Dies führt dazu, dass viele ältere und erfahrene Pflegekräfte aus dem kurativen Dienst ausscheiden und gut ausgebildete Fachkräfte nach Unterbrechungen, z.B. durch Elternzeit, mit geringem Zeitanteil oder gar nicht wieder einsteigen. Das Bundesförderprojekt „FacharztPlus“ erforscht den Fachkräftemangel in Krankenhäusern und hat dabei auch mit Pflegekräften gesprochen

Hunderttausende unbesetzte Stellen

Bis 2030 werden aktuellen Prognosen zufolge fast 130.000 Pflege- und Funktionsstellen in Krankenhäusern nicht besetzt werden können, im gesamten Pflegebereich sind es bis zu 400.000 unbesetzte Stellen. Die von der Deutschen Kranken-

hausgesellschaft (DKG) veröffentlichten Eckdaten zeigen, wie stark die Kosteneffektivität deutscher Krankenhäuser in den letzten 20 Jahren gestiegen ist: Die Fallzahlen nahmen um rund 25% zu, während Bettenanzahl, mittlere Verweildauer und Anzahl der Krankenhäuser teils um mehr als 40% abnahmen. Im Pflegebereich wurden seit 1999 parallel

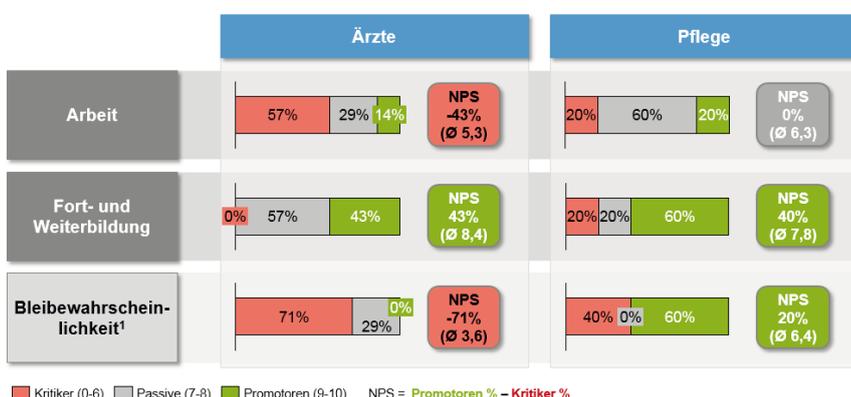
zum Bettenabbau und trotz steigender Fallzahlen und des Schweregrads der Symptomatik rund 10% des Personals abgebaut. Kurz: Es werden heute erheblich mehr Patienten in kürzerer Zeit von weniger Pflegekräften und in weniger Einrichtungen behandelt. Durch den demografischen Wandel wird es nicht nur einen Personal- sondern vor allem einen Erfahrungs- und Kompetenzmangel dramatischen Ausmaßes geben.

Unattraktive Karriereperspektiven für den Pflegenachwuchs

Diese Ausgangssituation hat bereits jetzt zur Folge, dass das in allen Krankenpflegeschoolen vermittelte und im Pflegegesetz unterstützte Modell der „Bezugspflege“ nicht mehr haltbar ist: Die mittlere Verweildauer von Patienten im Krankenhaus ist von mehr als 12 Tagen (1992) auf rund 7 Tage (2014) gesunken und wird aufgrund des herrschenden Kostendrucks weiter sinken – in den Niederlanden beträgt die Liegezeit bereits weniger als 4 Tage.

Eine grundlegende Umstrukturierung der Arbeitsorganisation im Pflegealltag hat begonnen: Gut ausgebildete Pflegekräfte übernehmen medizinisch höher qualifizierte Aufgaben („advanced nursing practice“) und koordinieren die Arbeit von spezialisierten Funktionsdiensten, die pflegerische und Betreuungsaufgaben wahrnehmen (z.B.

Abbildung 1: Weiterempfehlungs- und Bleibebereitschaft von Ärzten und Pflegekräften im Vergleich (NPS = Anteil der aktiven Empfehlenden abzüglich Anteil der Kritisierenden; Quelle: FacharztPlus)



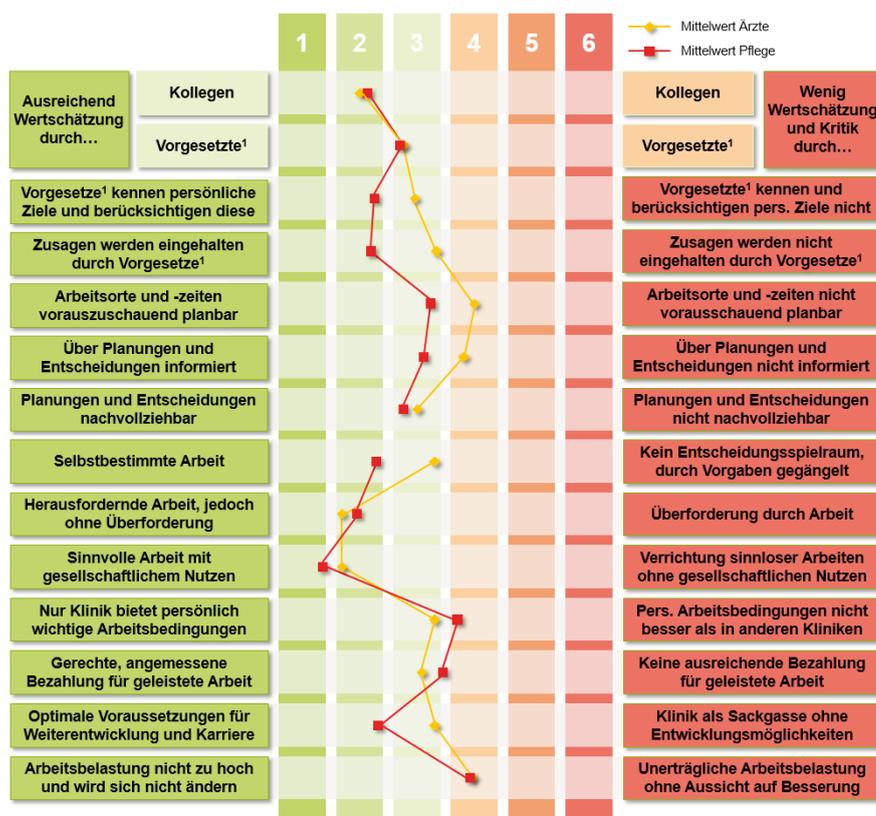


Abbildung 2: Einschätzung von Bleibe- und Wechselgründen von Ärzten und Pflegekräften (Quelle: FacharztPlus).

Case- und Care-Management) oder administrative Aufgaben (z.B. medizintechnische Dokumentationsassistenz). Solche Arbeitsmodelle werden zunehmend bereits in größeren Krankenhäusern umgesetzt.

Karrierekonzepte, die sich an Lebensphasen und Lebensereignissen orientieren, gibt es im Krankenhaus bislang nicht. Eher ist das Gegenteil der Fall: Die „Weiterbildungskarriere“ von Pflegekräften schließt an eine 2-3-jährige Ausbildungsphase an und besteht aus einer Vielzahl von Funktionsfortbildungen (z.B. Hygienefachkraft). Der Erwerb solcher Zusatzqualifikationen ist allerdings kaum mit einem beruflichen Aufstieg, geschweige denn mit einer besseren Bezahlung verbunden. Echte Aufstiegschancen im Krankenhaus ergeben sich oft erst durch Managementbildung, was meistens das Ausscheiden aus der kurativen Tätigkeit bedeutet.

Während sich bisher das Fachpersonal mehrheitlich aus deutschen Krankenpflegeschulen mit Arbeitserfahrung in hiesigen Krankenhäusern rekrutierte, wächst der Anteil von Fachkräften, die außerhalb Deutschlands ausgebildet wurden und ihre Berufserfahrung in an-

deren Ländern gesammelt haben. Neben fachlichen und organisationsbezogenen Unterschieden erschweren daher auch sprachliche Probleme und kulturelle Aspekte die Zusammenarbeit der Pflegekräfte untereinander und mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus.

Hohe Bindung trotz hoher Belastung

Die Pflegekräfte sind die durch die Entwicklung im Krankenhaus am stärksten belastete Berufsgruppe. Sie sind aber nicht die größten Kritiker der Arbeit im Krankenhaus – das legen zumindest unsere Erhebungen im Rahmen von FacharztPlus nahe: Wenn man Ärzte und Pflegekräfte fragt, ob sie einer ihnen nahe stehenden Person die Arbeit im Krankenhaus empfehlen würden, dann zeigten sich Ärzte viel kritischer als Pflegekräfte. Während unter den Ärzten 57% ihren Freunden von der Arbeit im Krankenhaus abraten und nur 14% dies empfehlen würden, war dieses Verhältnis bei den Pflegekräften mit jeweils 20% ausgeglichen (Abb. 1).

Noch deutlicher wird der Unterschied in der Erwartung noch weitere 5 Jahre

auf der jetzigen Arbeitsstelle arbeiten zu wollen: Über 70% der Ärzte beabsichtigen fest, die Stelle zu wechseln und niemand bekundete feste Bleibeabsichten. Ganz anders war das Bild bei den Pflegekräften: Zwar wollen auch hier 40% die Arbeitsstelle in den nächsten 5 Jahren wechseln, 60% bekundeten aber bleiben zu wollen (Abb. 1).

Gründe für diese Perspektivunterschiede sind die unterschiedlichen Bewertungen der Arbeitssituation (Abb. 2). Vergleicht man die Einschätzung von Bleibegründen (grün) und Wechselgründen (rot), so stellt man fest, dass zwar vieles noch „im grünen Bereich“ ist, Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung aber „rot“, also negativ gesehen werden. Interessant sind auch hier die Unterschiede zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften: Die Einschätzung der Pflegekräfte ist in vielen Aspekten deutlich positiver insbesondere in den von den Ärzten monierten Bereichen „Planbarkeit“ und „Transparenz von Entscheidungen“. Individuell relevante Arbeitsbedingungen und erträgliche Arbeitsbelastung bieten die Krankenhäuser den Pflegekräften aber weniger als den Ärzten.

Um besser verstehen zu können, woher diese Einschätzungsunterschiede kommen, haben wir ein Verfahren aus der Persönlichkeitspsychologie angewandt, mit dem „mentale Landkarten“ von Personen und Gruppen dargestellt werden können. In dieser computerunterstützten Befragung werden bestimmte Elemente vorgegeben wie „Ärzte-Team“ oder „Pflegeteam“. Die Befragten sollen im ersten Schritt feststellen, ob die beiden Elemente eher ähnlich oder eher unterschiedlich sind. Wenn sie unterschiedlich sind, sollten sie sagen, worin sie sich unterscheiden (z.B. „flexibel“) und was das Gegenteil davon ist (z.B. „bürokratisch“).

In einem zweiten Schritt werden dann alle Elemente in Bezug auf diese Begriffspaare eingeschätzt (z.B. „Ist das Pflegeteam eher ‚flexibel‘ oder eher ‚bürokratisch‘“? Von 1 = flexibel bis 10 = bürokratisch). Durch dieses etwas komplizierte Verfahren ist es möglich, einmal festzustellen, wie ähnlich oder unterschiedlich Elemente gesehen werden, und ob sie eher positiv oder negativ wahrgenommen werden (Abb. 3).

In der Auswertung wird die Ähnlichkeit von Elementen durch ihre räumliche Nähe angezeigt. Die positiven und

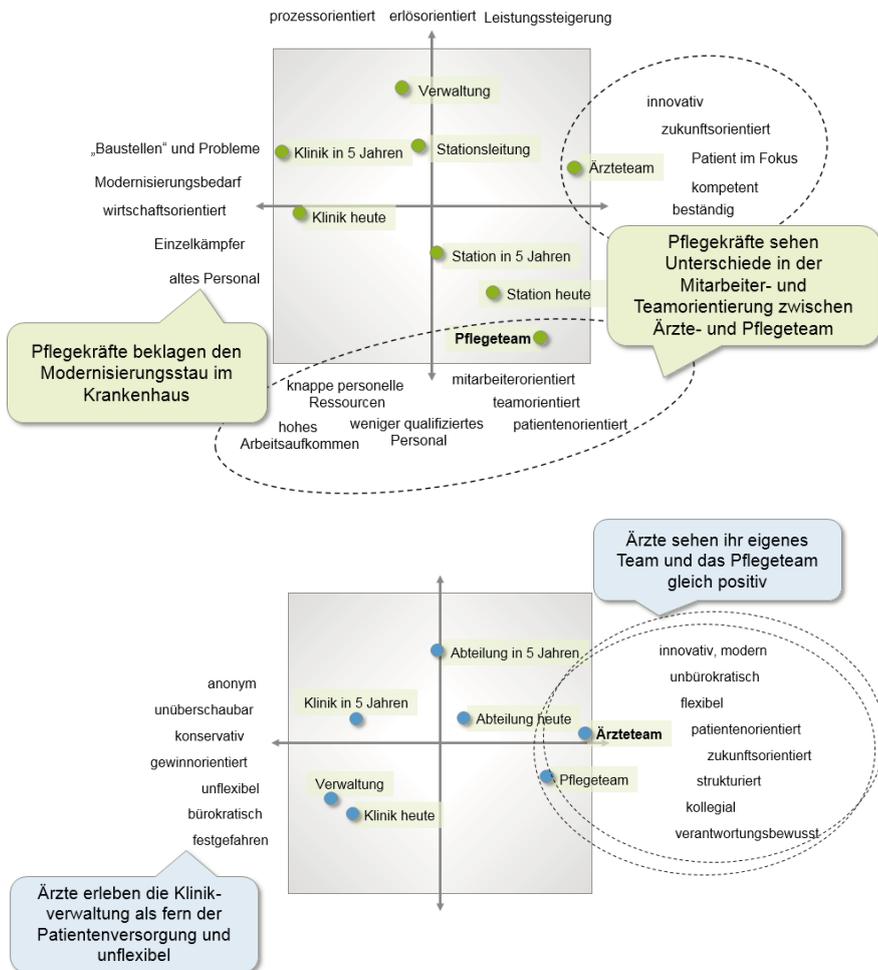


Abbildung 3: Mentale Landkarte von Elementen der Arbeit im Krankenhaus. Oben: Pflegekräfte, unten: Ärzte (Quelle: FacharztPlus).

negativen Aspekte, die als ähnlich oder unähnlich gesehen werden, bilden die Achsen der Darstellung: Bei Pflegekräften (Abb. 3 oben) gibt die Y-Achse „Pflegeteam“ (mitarbeiter-, team- und patientenorientiert) im Vergleich zur „Verwaltung“ (prozess-, erlös- und leistungsorientiert) und die X-Achse „Ärzte- und Pflegeteam“ (innovativ, zukunftsorientiert) im Vergleich zur „Klinik“ (Baustellen, Modernisierungsbedarf) an.

Da Ärzte andere Aspekte als positiv bzw. negativ bewerten, hat die Darstellung auch andere Achsen (Abb. 3 unten): Hier stehen auf der X-Achse Ärzte- und Pflegeteam der Verwaltung und Klinik direkt gegenüber. Die Y-Achse bildet ab, wie innovativ und zukunftsorientiert die Elemente gesehen werden; am innovativsten sind demnach die eigene Abteilung und die Klinik in 5 Jahren.

Es wird deutlich, dass Pflegekräfte und Ärzte eine unterschiedliche Sicht auf ihre Arbeit im Krankenhaus und ihre Zusammenarbeit haben: Pflege-

kräfte sehen einen deutlichen Abstand zwischen ihrem Team und dem der Ärzte, Ärzte sehen diesen Unterschied nicht. Pflegekräfte beklagen einen Modernisierungs- und Investitionstau im Krankenhaus und sind eher an der Station und ihrem Team als an der Fachklinik orientiert. Ärzte hingegen orientieren sich eher an ihrer Fachdisziplin und stehen in klarer Opposition zur Verwaltung und Klinikleitung.

Ausblick: Zukünftige Arbeit in Pflege

Die Arbeit in der Pflege wird in Zukunft geprägt sein durch eine stärker individualisierte ambulante medizinische Versorgung, personalisierte Therapieangebote, neue Technologien in Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation, stärkeren Wettbewerb zwischen Krankenhasträgern und die Erschließung neuer Geschäftsfelder, z.B. Medizinzentren, die als „Ärztehaus“ Krankenhäusern angegliedert sind.

Mit der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005) trat eine EU-weite Gleichwertigkeit des Abschlusses Gesundheits- und Krankenpflege in Kraft. Diese Entwicklung brachte mehr Mitbestimmungsrechte der EU mit sich und entfachte eine Diskussion, ob eine qualifizierte Pflegeausbildung dem Fachabitur gleichzustellen sei (sog. „Pflegeabitur“). Dies sollte ein Beitrag zur Akademisierung des Berufsbildes sowie zur Steigerung der Ausbildungsattraktivität sein. Diese Impulse wurden im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 aufgenommen, das eine generalistische Ausbildung ermöglichte. Einen wirklichen Durchbruch gibt es jedoch nicht zu verzeichnen, schon gar nicht eine Wende in der Attraktivität des Pflegeberufs.

Attraktive Pflegeberufe im Krankenhaus, die ein Berufsleben lang ausgeübt werden können, brauchen aus unserer Sicht vor allem neue und bessere Entwicklungsperspektiven:

- **Mehr Führungspositionen und Führungskräfteentwicklung für Pflegekräfte:** 14 Krankenhäuser und Einrichtungen der Behinderten- und Seniorenhilfe in Nordwestdeutschland werden von der katholischen St. Franziskus Stiftung Münster getragen. In diesen Einrichtungen wurde ein Prozess gestartet, in dem Pflegekräfte zusammen mit der Ärzteschaft und der Verwaltung Stellenanforderungen, Karrierewege und Entwicklungsmaßnahmen für Führung in der Pflege entwickeln. Dazu wurden gemeinsame Workshops durchgeführt und zwei Pflegekräfte für einen Masterstudiengang ausgesucht, in dessen Rahmen sie individuelle und organisatorische Bedingungen für mehr Pflegekräfte in Führungspositionen erarbeiten und erproben.
- **Mehr Individualisierung und Familienfreundlichkeit:** Die Frankfurter Kliniken des Roten Kreuzes haben unter dem Motto „Teamgeist erleben“ (www.teamgeist-erleben.de) eine Wertschätzungskampagne für ihre Pflegekräfte gestartet – und wurden dafür als hervorragendes Beispiel für Mitarbeiterwerbung und -bindung ausgezeichnet. Wichtige Teile dieser Kampagne sind mehr Zeit für Kontaktpflege, hohe Quote von Examinierten und Unterstützung der hessischen Charta „Beruf und Pflege“. Das Hessische Sozial- und Integrationsministerium, die AOK Hessen, beru-

familie, die Hertie-Stiftung und das Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft haben diese Initiative ins Leben gerufen, um insbesondere kleine und mittlere Betriebe zu unterstützen, Beruf und Pflege für ihre Beschäftigten besser vereinbar zu gestalten. Denn gerade hier wiegen die Ausfälle von Fachkräften besonders schwer.

- **Mehr Lernen im Team und „im geschützten Raum“:** Im neu eingerichteten Trainings- und Simulationszentrum des Universitätsklinikums Münster nehmen die Trainer vor Ort eine Risikoanalyse vor, um Probleme, Missverständnisse und Unsicherheiten zu erkennen. Daraufhin werden Kurse für Pflegenden und Ärzte entwickelt, in welchen neben dem Umgang mit Patienten, Prozeduren und Geräten vor allem Zusammenarbeit und Kommunikation im Team eingeübt wird.

Bei allen Forderungen nach „mehr“, gibt es auch zwei zentrale Aspekte, wo „weniger“ mehr ist:

- **Weniger Industrialisierung:** Auf kürzere Liegezeiten, höheren Kostendruck und Nachwuchsmangel in der Pflege wurde mit „Industrialisierung“ durch Arbeitsteilung reagiert: Transport von Mahlzeiten und Patienten, Gespräche mit Patienten und Angehörigen, medizinische Dokumentation und andere Tätigkeiten werden auf verschiedene Personen verteilt. So geht Überblick verloren und Fehler entstehen, wenn etwa mangelndes Essen und Trinken nicht rechtzeitig erkannt werden. Erfolgreiche Modellprojekte wie „AGNES“ (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), benannt nach dem populären DEFA-Film „Schwester Agnes“ (1975), weisen Wege zu mehr Integration statt mehr Arbeitsteilung.

- **Weniger Delegation ärztlicher Leistungen:** Mehr akademische Bildung und mehr medizinische Kompetenzen werden für Pflegekräfte gefordert, führen aber im Krankenhaus durch mögliche Delegation ärztlicher Leistung vor allem zu mehr Belastung der ohnehin am meisten belasteten Berufsgruppe. Einen besseren Weg zeigen die per Gesetz (NotSanG von 2013) in ihren Behandlungskompetenzen ebenfalls deutlich aufgewerteten Notfallsanitäter: Unter ärztlicher Aufsicht (im Raum Aachen auch durch Telenotärzte) können die Sanitäter bestimmte invasive und heilkundliche Maßnahmen durchführen, so dass es zu einer Entlastung beider Berufsgruppen kommt.

Und am Ende noch ein letztes „mehr“: **Mehr Gehalt!** Hier geht es nicht um eine generelle Steigerung der Tarifentgelte, sondern vor allem um eine Würdigung von Qualifikation und Leistung. Denn: Nur, wenn sich dies auch um Gehalt niederschlägt, werden mehr Führungsverantwortung, flexiblere Arbeit und mehr Lernen dazu beitragen aus Krankenpflege im Krankenhaus einen „Lebensarbeitsplatz“ zu machen. <<

Zusammenfassung

In den letzten Jahren wurde Pflegestellen trotz steigender Fallzahlen und -schwere abgebaut. Da Prognosen von bis zu 400.000 unbesetzten Pflegestellen ausgehen, setzt ein Umdenken ein. Das Bundesförderprojekt „FacharztPlus“ untersucht, wie Krankenhäuser ihren Fachkräften eine Lebensarbeitsperspektive bieten können. Im Projekt wurden Fachärzte und Pflegekräfte befragt. Im Vergleich zur Ärzteschaft zeigen Pflegekräfte eine höhere Bindung an ihr Haus und das Team. Sie erleben wie die Ärzte ihre Arbeit als belastend, sind aber insgesamt mit der Arbeitssituation zufriedener und wollen auch länger auf ihrer aktuellen Stelle bleiben als Ärzte. Um Pflegekräften eine Lebensarbeitsperspektive bieten zu können, muss man sie in Führungspositionen stärker einbinden und individuelle Lebensumstände in der Arbeitsplanung besser berücksichtigen. Die fortschreitende „Industrialisierung“ der Pflegearbeit sowie Versuche, ärztliche Leistungen auf die Pflege zu delegieren, stehen dem entgegen.

Schlüsselwörter: *Pflegekräftemangel, Fachkräftebindung, Lebensarbeitsperspektive, Bildungs- und Kompetenzmanagement*

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Joachim Hasebrook, zeb.health care und Steinbeis Hochschule Berlin
Kontakt: jhasebrook@zeb.de
Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp, Universitätsmedizin Greifswald, Klinik für Anästhesiologie
Kontakt: klaus.hahnenkamp@uni-greifswald.de

Anzeige



Wolfgang Schäfer/Peter Jacobs

Praxisleitfaden Stationsleitung

Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege

Stationsleitungen nehmen eine Fülle von Aufgaben wahr: Sie leisten Führungsarbeit, tragen Organisationsverantwortung und sind administrativ tätig. Dieses erfolgreiche Handbuch gibt eine komprimierte Zusammenfassung des umfangreichen Wissens einer Stationsleitung wieder und behandelt umfassend und praxisnah das Aufgabenspektrum der Stationsleitung. Weitere Themen: Zertifizierung am Beispiel eines Darmzentrums, Personalgewinnung und Mitarbeiterbindung. Mit zahlreichen Fallbeispielen, Checklisten, Musterschreiben etc.

5., überarb. u. erw. Auflage 2016
 440 Seiten, 24 Abb., 11 Tab.
 Kart. € 39,-
 ISBN 978-3-17-028691-7

Auch als E-Book erhältlich

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
 Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430 · www.kohlhammer.de

150 Jahre **Kohlhammer**

Stationspflegeleiter (w/m)

Das Ev. Johanneswerk ist einer der großen diakonischen Träger Europas mit Sitz in Bielefeld. Rund 6.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in mehr als 70 Einrichtungen tätig. Die diakonischen Angebote richten sich an alte und kranke Menschen sowie Menschen mit Behinderung, Kinder und Jugendliche. Gegründet wurde das Werk 1951.

Die Rhein-Klinik ist ein Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bad Honnef. Sie behandelt in drei vollstationären Abteilungen und einer Tagesklinik erwachsene Patienten mit psychosomatischen, funktionellen und seelischen Beschwerden. Die Mitarbeitenden der Klinik vertreten einen integrativen psychosomatischen Ansatz mit einem psychoanalytisch-systemischen Konzept.

Für die Abteilung Traumafolgeerkrankungen suchen wir zum 1. Januar 2017 eine Stationspflegeleitung in Vollzeit oder Teilzeit, mindestens 75%.

Ihre Aufgaben:

Sie sorgen für klare Strukturen und Arbeitsabläufe in Ihrem Verantwortungsbereich und arbeiten kooperativ mit der Pflegedienstleiterin und der Ärztlichen Leitung zusammen. Sie gestalten die konzeptionelle Weiterentwicklung der Abteilung für Traumafolgeerkrankungen mit und haben außerdem Interesse an einer Mitarbeit in abteilungsübergreifenden Projekten.

Ihr Profil:

- Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Abgeschlossene Weiterbildung zur Leitung im mittleren Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Bereitschaft, diese Qualifikation berufsbegleitend zu erwerben
- Idealerweise abgeschlossene Fachweiterbildung Psychiatrie oder Berufserfahrung im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik
- gerne erste Erfahrung mit Führungs- und Managementaufgaben
- idealerweise Erfahrung in der Pflege schwer traumatisierter Patientinnen und Patienten
- Fähigkeit zur teamorientierten Mitarbeiterführung auf der Basis unseres Leitbildes: Menschen wahrnehmen, Evangelische Grundlagen, Zeichen setzen, verantwortlich arbeiten und dauerhaft Lernen
- Organisationstalent, Selbstständigkeit und Teamfähigkeit
- Soziale und kommunikative Kompetenz

Wir bieten Ihnen:

- Einen interessanten Arbeitsplatz in einem multiprofessionellen Team
- Eine vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit mit Leitungsfunktion
- Partnerschaftliche Zusammenarbeit und eine verantwortungsvolle Tätigkeit
- Ein Pflegeorganisationssystem der Bezugspflege und Pflegeplanung im Krankenhausinformationssystem
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Supervisionen
- Eine langfristige Beschäftigungsperspektive
- Vergütung nach AVR DD zuzüglich arbeitgeberfinanzierter Altersvorsorge
- Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung per E-Mail oder per Post an:

Frau Jana Pawlitta, Referentin
jana.pawlitta@johanneswerk.de

Evangelisches Johanneswerk e.V.
Rhein-Klinik
Luisenstr. 3
53604 Bad Honnef

Für Fragen steht Ihnen unsere Pflegedienstleiterin Frau Sabine Reinelt zur Verfügung.
sabine.reinelt@johanneswerk.de
Tel.: 02224 / 185-103

DR.
RHOMBERG
UNFALLSANATORIUM



Die Unfallklinik Dr. Rhomberg ist eine exklusive Privatklinik direkt im Wintersportzentrum Lech am Arlberg. Wir verfügen über elf Betten und behandeln alle Ski- und Sportverletzungen auf höchstem fachärztlichem Niveau.

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir für die Wintersaison 2016/2017 eine/einen

Examinierte/-n Krankenschwester/ -pfleger

Wir bieten:

- eine angenehme, familiäre Arbeitsatmosphäre
- modernste Technik
- arbeiten, wo andere Urlaub machen

Ihr Profil:

- abgeschlossene Ausbildung zum/zur examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
- engagierte und aufgeschlossene Persönlichkeit

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann freuen wir uns auf Ihre schriftliche Bewerbung (Post oder E-Mail) an die

UNFALLKLINIK DR. RHOMBERG

Tannberg 18 · A-6764 Lech am Arlberg
www.drrhomberg.at · sanatorium@drrhomberg.at

DIPLOMA Bachelor / Master
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)
Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)
Zugangsberufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Kindheitspädagogin

Soziale Arbeit (B.A.)
inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32 www.diploma.de

Bethel

Jeder ist besonders Jeder ist besonders Jeder ist besonders Jeder ist besonders Jeder ist besonders

Jeder ist besonders

Bethel setzt sich für Menschen mit Behinderungen ein.

www.bethel.de

ALBERT SCHWEITZER KINDERDÖRFER UND FAMILIENWERKE
Albert-Schweitzer-Kinderdorf e.V. Baden-Württemberg

Mit Ihrer Spende tun Sie viel Gutes!

Für Kinder übernehmen wir Verantwortung – dank Ihrer Spende!

Spendenkonto: Albert-Schweitzer-Kinderdorf e.V.
VR Bank Schwäbisch Hall-Crailsheim eG
IBAN: DE 57 6229 0110 0001 0930 02, BIC: GENODES1SHA

www.albert-schweitzer-kinderdorf.de

Haushaltshilfe/Betreuungskraft in München Solln gesucht:

Ihr Aufgabengebiet umfasst hauswirtschaftliche Aufgaben, allgemeine Betreuung, sowie pflegerische Alltagshilfe.

Sie sind erfahren, zuverlässig, arbeiten selbständig und kennen sich mit allen in einem gehobenen Haushalt (3 erwachsene Personen) anfallenden Arbeiten aus, einschließlich vegetarisch/veganem Kochen.

3 bis 4 Tage die Woche oder Vollzeit (deutscher Arbeitsvertrag, nur ausschließlich deutsches Recht), möblierte Unterkunft mit separatem Zugang möglich. Polizeiliches Führungszeugnis ist Grundvoraussetzung.

Sie sind deutschsprachig, Nichtraucherin und haben Referenzen, dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung (auch Agenturen und Pflegedienste).

E-Mail an: Pflege-Haushalt-Muenchen@online.de oder per Telefon: 0176/65895028.

Diplom-Physiotherapeut/in und Krankengymnast/Massage gesucht für Intensivbetreuung nach physikalischem Bruch durch Tumor des rechten Oberarms, München-Solln, Behandlung nach Privat Rezept, ausdrücklich nur Hausbesuche, 2 x täglich, Ihre Bewerbung per E-Mail: Pflege-Haushalt-Muenchen@online.de oder Chiffre 31.635 W. Kohlhammer GmbH, Mediaservice Heßbrühlstr. 69, 70560 Stuttgart

Diplom-Ergotherapeut/in gesucht für Intensivbetreuung nach physikalischem Bruch durch Tumor des rechten Oberarms, München-Solln, Behandlung nach Privat Rezept, ausdrücklich nur Hausbesuche, 2 x täglich, Bewerbung E-Mail: Pflege-Haushalt-Muenchen@online.de oder Chiffre 31.635 W. Kohlhammer GmbH, Mediaservice Heßbrühlstr. 69, 70560 Stuttgart

Zu Kräften kommen

Noch immer leiden weltweit viele Kinder an Mangelernährung. Deshalb gehört eine gesunde Mahlzeit in unseren Projekten einfach dazu.

Wir helfen Kindern in Not – mit Ihrer Hilfe.

www.sternsinger.de

Kinder DIE STERNINGER MISSIONSWERK



**IN DER PFLEGE
BRAUCHST DU ZEIT.
KEINE STOPPUHR.**

Jetzt auf eine
von 460 Stellen
bewerben - auch als
Quereinsteiger.

Mach, was wirklich zählt:
**IN DEN PFLEGE- UND THERAPIEBERUFEN
IM SANITÄTSDIENST**

Jetzt informieren: [bundeswehrkarriere.de](https://www.bundeswehrkarriere.de)



Bundeswehr

+ Unser Plus an Information:
pflege-onkologie.de

Damit Sie Ihren Patienten zukünftig noch besser zur Seite stehen können, tragen wir Ihnen unter pflege-onkologie.de eine Vielzahl an Informationen zu onkologischen Themen zusammen.

**Schon bald für Sie online:
Wir freuen uns auf Ihren Besuch. +**